



EMESCAM

Tradição e Conhecimento em Saúde

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

LEILA DA CONCEIÇÃO BAIENSE

**SAÚDE MENTAL EM FOCO:
TRANSTORNO DEPRESSIVO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO
DE PRESIDENTE KENNEDY-ES**

VITÓRIA, ES

2021

LEILA DA CONCEIÇÃO BAIENSE

SAÚDE MENTAL EM FOCO:
O TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA NO
MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre** em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profa. Dra. Janice Gusmão Ferreira de Andrade

Área de concentração: Políticas Públicas, Processos Sociais e Desenvolvimento Local

Linha de pesquisa: Processos de Trabalho, Políticas Públicas e Desenvolvimento Local

VITÓRIA, ES

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

B152s Baiense, Leila da Conceição
Saúde mental em foco : o transtorno depressivo maior no
âmbito da Atenção Básica no município de Presidente Kennedy
- ES / Leila da Conceição Baiense. - 2022.
92 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Janice Gusmão Ferreira de Andrade.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2022.

1. Transtorno depressivo – saúde mental. 2. Saúde
mental - depressão. 3. Políticas públicas – Presidente Kennedy
(ES). I. Andrade, Janice Gusmão Ferreira de. II. Escola Superior
de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. III. Título.

CDD 616.8527

LEILA DA CONCEIÇÃO BAIENSE

SAÚDE MENTAL EM FOCO:

O TRANSTORNO DEPRESSIVO NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA NO
MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre** em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em __12__ de ____ novembro ____ de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Janice Gusmão Ferreira de Andrade
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Orientadora)

Profa. Dra. Antônia Marcia Araújo Guerra
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Profa. Dra. Gissele Carraro
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Dedico este trabalho ao meu Deus e à
minha família.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, e a Ele toda honra e glória sempre.

À minha família, presente em todos os momentos sempre.

Aos meus filhos Mateus da Conceição Baiense e Lucas da Conceição Baiense.

Ao meu esposo Jacilenio Patrício do Nascimento.

À minha orientadora, Profa. Dra. Janice Gusmão Ferreira de Andrade, pela paciência, apoio e condução, por mostrar que podemos seguir o mesmo caminho, mas que podemos escolher nossas próprias estradas.

Aos professores da EMESCAM por contribuírem de forma efetiva, ética e profissional para meu desenvolvimento intelectual.

Sou grata a vocês que tornaram esta nova etapa de minha vida possível, embora eu saiba o quão difícil foi esta conquista, principalmente, por todos os percalços que enfrentei.

A todos que me ajudaram, direta ou indiretamente para a concretização deste sonho que era o de cursar um *Stricto Sensu*.

Muito obrigada!

“A depressão é aquele pensamento ruim que nos vem à cabeça após a decepção, se você souber compreender que é só uma fase, ela passa de maneira mais rápida. Liberte-se seja feliz, acima de qualquer tristeza sorria, não fique só, procure abrigo, não se afaste, aproxime-se, deixe que te ajudem. Compartilhe o que sente, para não sofrer sozinho e se afogar nesse mar de tantas tristezas. Lembre-se que existe sempre um novo amanhecer, mesmo depois de uma noite escura, tudo se clareia pela manhã.”

Cinthya Oliveira

RESUMO

Introdução: A presente pesquisa aborda a temática do Transtorno Depressivo, com enfoque da depressão no âmbito da Atenção Básica em saúde. A depressão cresce de forma exponencial, sendo considerada um problema de saúde frequente que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. **Objetivos:** caracterizar as políticas de saúde implementadas no município de Presidente Kennedy-ES para o tratamento de pessoas com Transtorno Depressivo. **Metodologia:** Pesquisa descritiva, documental, com recorte temporal retrospectivo e com finalidade qualitativa. **Resultado:** o Transtorno Depressivo representa um problema de saúde pública mundial, principalmente, por ser o mais prevalente no meio social e responsável pela morbimortalidade de inúmeras pessoas, além de custos crescentes, sendo um desafio na saúde pública. Constatou-se, no município de Presidente Kennedy-ES, a falta de política de saúde que contemple assistir a pessoa com Transtorno Depressivo, caracterizada pela falta de um Centro de Atenção Psicossocial no município.

Palavras-Chave: Transtorno Depressivo. Saúde mental. Políticas públicas. Atenção Básica. Rede de Atenção.

ABSTRACT

Introduction: This paper addresses the research on Depressive Disorder, focusing on reflection within the scope of Primary Health Care. Depression grows exponentially, being considered a frequent health problem that millions of people around the world have. **Objectives:** to characterize the health policies in the city of Presidente Kennedy-ES for the treatment of people with Depressive Disorder. **Methodology:** Descriptive, documentary research, with a retrospective temporal cut and with an objective purpose. **Result:** global depressive disorder represents a global public health problem, mainly because it is more and more responsible for the social environment and responsible for the morbidity and mortality of countless people, in addition to increasing, being a challenge in public health. It was found, in the city of Presidente Kennedy- ES, the lack of health that includes policy to assist Depressive Disorder, a person due to the lack of a Psychosocial Care Center in the city.

Keywords: Depressive Disorder. Mental health. Public policies. Primary Care. Care network.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do Estado do Espírito Santo.....	21
Figura 2 – Mapa do Estado do Espírito Santo, demarcando o Município de Presidente Kennedy-ES	22
Quadro 1 – Modalidades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).....	24
Quadro 2 – Relação do CID-10 para Transtornos Depressivos	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação das Unidades Básicas de Saúde e casa de apoio para atendimentos a pacientes com transtornos mentais.....	23
Tabela 2 – Plano Municipal de Saúde 2018/2021: morbidade ambulatorial, hospitalar e das urgências/emergências, por lista morbidade CID-10, entre 2012 e 2016.....	68

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ABSM	Atenção Básica em Saúde Mental
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CCS	Conselhos Comunitários de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EqSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNDESUL	Fundo de Desenvolvimento Econômico do Sul do Espírito Santo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAZ	Transtorno Afetivo Sazonal
TB	Transtorno Bipolar
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TDP	Transtorno Depressivo Persistente
TDP	Transtorno Depressivo Psicótico
TDPM	Transtorno Disfórico Pré-Menstrual
TDPP	Transtorno Depressão Pós-Parto

UBS	Unidades Básicas de Saúde
UP	Unidades Psiquiátricas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 METODOLOGIA	20
3 CAPÍTULO 1 — CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE TRANSTORNO DEPRESSIVO: CONCEITOS QUE EMBASAM O ESTUDO.....	28
3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO.....	28
3.1.1 Contexto avaliativo: da etiologia as consequências da doença	31
3.1.2 Do diagnóstico à terapêutica de enfrentamento do Transtorno Depressivo	37
3.2 SAÚDE PSÍQUICA E TRANSTORNO DEPRESSIVO	44
4 CAPÍTULO 2 — A HISTÓRIA E O NOVO MARCO NA SAÚDE MENTAL	55
4.1 CONHECENDO OS MECANISMOS DE MUDANÇAS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	55
4.2 ATENÇÃO BÁSICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	58
4.3 A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO E O PAPEL ESTRATÉGICO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	60
5 CAPÍTULO 3 — ANÁLISE INTERPRETATIVA AO ENFRENTAMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO: DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO ÀS ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS	65
5.1 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA: ANÁLISE DE DADOS SECUNDÁRIOS.....	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE.....	91
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY-ES	91

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a saúde mental do ser humano tem sido apresentada pela ciência como um campo marcado por inúmeros transtornos, sendo o Transtorno Depressivo o mais discutido mundialmente e o mais prevalente no meio social. A humanidade tem experimentado um desenvolvimento que, muitas vezes, desorienta; e com experiências diversificadas, o ser humano percorre caminhos todos os dias, com sonhos e realidades frequentemente difíceis de serem enfrentadas (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2018).

Correia, Santos e Sobral (2018) e Tenorio (2017) relatam a depressão como uma síndrome clínica comum e de causa multifatorial, com elevada prevalência e responsável por morbidade importante e custos sociais crescentes, além de ser um problema grave manifesto na população, bem como um desafio para médicos e pacientes. Também pode ser descrita quando acontece a perda ou a diminuição de interesse em viver, podendo gerar angústia, por vezes sem um motivo evidente.

Nas palavras de Soares e Caponi (2011), a depressão não promove apenas uma sensação de infelicidade crônica, mas incita alterações tanto fisiológicas quanto baixas no sistema imune, assim como o aumento de processos inflamatórios, figurando como fator de risco para diversas patologias.

Conforme Cavalheiro e Tolfo (2011), uma em cada cinco pessoas pode desenvolver depressão ao longo da vida. Estudos mostram prevalência da depressão entre mulheres ao longo da vida, enquanto faixas etárias mais elevadas de menor probabilidade (CORREIA; SANTOS; SOBRAL, 2018).

Nessa esteira de pensamento, Assumpção, Oliveira e Souza (2018 *apud* BRAGA; DELL'AGLIO, 2019) nos fazem refletir sobre a influência dos sintomas depressivos, os quais conferem tristeza, desesperança, falta de motivação e desinteresse pela vida e até sentimentos de morte.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Transtorno Depressivo é o que mais se destaca pelo alto índice de mortalidade, sendo caracterizado, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), por:

Humor deprimido presente na maior parte do dia ou em quase todos os dias. Insônia ou fadiga frequentemente são a queixa principal apresentada, e a falha em detectar sintomas depressivos associados resulta em sub diagnóstico. A tristeza pode ser negada inicialmente, mas pode ser revelada por meio de entrevista ou inferida pela expressão facial e por atitudes. Fadiga e perturbação do sono estão presentes em alta proporção de casos; perturbações psicomotoras são muito menos comuns, mas, são indicativas de maior gravidade geral, assim como a presença de culpa delirante ou quase delirante (DSM-5, 2013, p. 162).

Conforme o estudo de Almeida e Xavier (2013), são várias as perturbações psiquiátricas e responsáveis por afetar mais de um quinto da população mundial, das quais destacam-se as perturbações, como a ansiedade e a depressão, podendo apresentar níveis leves (estresse, ansiedade e depressão), além dos níveis moderados e graves; e em consequência grave de depressão, o desejo de morte podendo ser considerado como um fenômeno complexo, para o qual não existe uma única causa ou uma única razão. Na opinião de Apóstolo e outros (2011), tais perturbações, podem ser resultado de complexidade e interação de fatores tanto biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais quanto ambientais

Figueiredo (2019), em reportagem feita para o G1 Ciência e Saúde, apresenta a taxa de suicídio no Brasil com aumento de 7% a cada 100 mil habitantes, e queda em nível de mundo de 9,8%, sendo as mulheres as mais acometidas. Todavia, com o constante aumento no número de suicídio no País, acendeu-se um alerta quanto ao nível de mortalidade e aos principais fatores que influenciam diretamente na morte dos cidadãos brasileiros.

Quanto à necessidade de atenção e tratamento, Molina e colaboradores (2012, p. 194) e Benedicto (2017) discursam que a maioria dos pacientes deprimidos, apesar de receberem tratamento no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), ainda “apresentam deficiência diagnóstica na prática geral, ou seja, cerca de 50% a 60% dos casos de depressão não são detectados ou não recebem tratamento adequado e específico.”.

Baseado nesse contexto, o estudo do Transtorno Depressivo perpassa as linhas da atenção à saúde no âmbito público, principalmente, por ser a patologia um tema muito discutido tanto na área da saúde quanto na área econômica e social, envolvendo a necessidade de compreensão dos efeitos da doença entre adolescentes adultos jovens. Portanto, apresenta-se a pesquisa com discussões em diversas literaturas.

Sucedem-se a problemática em forma de questionamento: de que maneira as políticas públicas em saúde mental podem ser implementadas de forma a minorar os efeitos negativos em pessoas que apresentam quadro de Transtorno Depressivo no município de Presidente Kennedy-ES?

Objetivo geral: caracterizar as políticas de saúde implementadas no município de Presidente Kennedy-ES para o tratamento de pessoas com Transtorno Depressivo. Objetivos específicos: Estudo do Plano Municipal de Saúde; Identificação dos tipos de transtornos ansiosos de maior prevalência no município de Presidente Kennedy.

Comecei minha trajetória no campo da saúde há 15 anos. Inicialmente, trabalhei em laboratório de análises clínicas. Ainda à procura de algo que pudesse fazer a diferença de forma mais direta, fui estudar o curso de técnico de enfermagem. Com a formação, engendrei nesse caminho de assistência. Inúmeras foram as dificuldades nesse caminhar, entretanto, as oportunidades foram surgindo, e nessa jornada, consegui me graduar em Psicologia, especializei-me, mas não desisti do propósito de realizar o Mestrado pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM.

Enquanto psicóloga atuante no município de Presidente Kennedy-ES, tenho assistido a inúmeras situações tristes de pessoas com quadros depressivos, mas que podem ser minimizados se estes tiverem acompanhamento e uma terapêutica de acordo. Nessa busca por essa atenção mais direcionada, temos conseguido implementar uma casa de apoio para que esses pacientes possam ser mais bem assistidos.

O trabalho na unidade de saúde tem sido de cunho psicossocial, em que são realizados o acolhimento e a escuta dos pacientes e, caso necessitem, são encaminhados para tratamento na unidade ou em postos de apoio que ficam perto da

casa deles. São realizadas visitas constantes a fim de verificar se os pacientes estão fazendo o tratamento, além do apoio da equipe de saúde nessa verificação – para não atrapalhar a evolução do tratamento. No geral, são atendidos pacientes com distúrbios depressivos, com esquizofrenia (toda a área de psiquiatria), dependentes químicos, álcool, drogas. A equipe conta com apoio de profissionais psicólogo, médicos e enfermeiros.

É importante destacar que os profissionais psicólogos realizam internação voluntária, sendo aquela em que o paciente pede ajuda, ou seja, ele deseja tratamento, mas também são realizadas internações involuntárias, em que o paciente não deseja tratamento, mas a família pede ajuda. Quanto à internação compulsória, é realizado o pedido de internação, podendo haver demora nessa resposta por causa da grande demanda; geralmente a família procura outros caminhos como a via de entrada o Ministério Público (MP) para resposta mais rápida.

Posto desse modo, é cumprido todo o calendário de eventos, tal qual janeiro branco; fevereiro: droga e álcool; e dia “D” com palestras nas escolas para conscientização para que todos tenham vida melhor, além de suporte quanto a pacientes internados, disponibilização veicular para visitas e realização de exames.

Com o estudo apresentado ao Jornal USP, em 23 de agosto de 2018, fica a compreensão da depressão como a dor da alma, que tem atingido 4,4% da população mundial e cerca de 5,8% da população brasileira e aumento nos últimos dez anos de 18,4% de pessoas com depressão (GRACIOLI, 2018). Para Cavalcante (2018), o aumento em números percentuais reflete a gravidade da situação, principalmente por ser um transtorno que pode ser demorado quanto ao diagnóstico, haja vista os estigmas que envolvem o assunto.

Na opinião de Guardabassi (2018), até 2020, a depressão foi a doença mais incapacitante do mundo, além de o problema da depressão acarretar maiores números de atendimentos em ambulatorios do Sistema Único de Saúde (SUS). Compreende-se que a não divulgação de serviços disponíveis em parceria com o SUS pode restringir o acompanhamento de indivíduos com o transtorno, nesse caso, faltando-lhes o acolhimento devido em suas necessidades; de igual forma, a não

oferta de um serviço de saúde mental eficiente e de qualidade pode colaborar para o aumento da prevalência de suicídio.

O trabalho se justifica pela observação dos elevados números de pessoas com depressão, além dos altos índices de suicídio constatados na literatura como apresentam os autores Assumpção, Oliveira e Souza (2018) e Barbosa, Macedo e Silveira (2011). Diante disso, o interesse no assunto tem como ponto de origem a observação da falta de ações específicas para com os pacientes com Transtorno Depressivo e da falta de conscientização da importância do tratamento da depressão, que pode evoluir para o suicídio.

Por isso, devido à falta de divulgação e informação sobre o suicídio, observa-se a necessidade de esclarecimentos sobre o assunto a fim de desconstruir a visão estereotipada em torno do sujeito que se encaixa no perfil depressivo. Entendemos que a prevenção ao suicídio deve ser construída por meio de ações preventivas que demandem cuidados específicos para que ela seja eficaz; entretanto, faz-se necessário o acompanhamento com uma equipe qualificada em saúde mental durante todo o processo.

O mais relevante no tema até aqui discutido consiste em sua pertinência, uma vez que a base do estudo toca em questões relativas à saúde mental do ser humano e o fenômeno da depressão. No contexto, implica adentrar em um campo muito complexo, mas que tem alcançado a contemporaneidade de forma crescente, tanto que tem incomodado estudiosos sobre o assunto, além de conhecido como o “mau do século” por sua incidência e aumento dos índices epidemiológicos (SÁ, 2011). Nesse sentido, a mente humana uma vez deprimida, qualquer fator pode influenciar e colaborar para o suicídio – salienta-se como exemplo o descaso de familiares e até do Estado à possibilidade de negligência.

Nesse contexto, considerando a prestação de cuidados em saúde, a parte visível do trabalho aqui representado seriam as melhorias de atendimentos e esclarecimentos à população que apresenta o Transtorno Depressivo, a fim de que seja evitado o suicídio no município de Presidente Kennedy-ES, bem como sugerir melhorias nas políticas

públicas para prevenir e tratar as pessoas vítimas do Transtorno Depressivo e/ou aqueles que, de algum modo, fazem referências ao suicídio.

Na prática assistencial, acolhimento e informativa, consegue-se uma abordagem preventiva podendo evitar complicações como depressão e/ou suicídio. Para tanto, faz-se necessário que profissionais de saúde pratiquem a assistência de forma eficiente e que haja implementação das políticas públicas. Entretanto, é importante que se ressalte a prática de assistência de forma otimizada na qual os profissionais tenham condições e sejam incentivados. Todavia, para que a eficiência seja garantida em atendimentos às pessoas com diagnóstico de Transtorno Depressivo, necessário É preciso entender o quanto se pode esperar em termos de intervenção no quadro da enfermidade em questão: a depressão.

A pesquisa permitirá ao município de Presidente Kennedy-ES conhecer, entre as doenças mentais, o Transtorno Depressivo, indicadores, causas multifatoriais, prevalência da doença, e sobre as políticas públicas em saúde mental que podem ser implementadas de forma a minorar os casos. Portanto, o interesse em conhecer a doença e o que pode ser feito enquanto política pública para acolher os pacientes que apresentam o Transtorno Depressivo, além de contribuir para diminuição dos possíveis percentuais de novos casos, é o que me motiva.

Argumenta-se que este tipo de pesquisa demonstrará a importância do trabalho como fonte geradora de conhecimento real do problema elencado, além de contribuir para novos estudos, possibilitando uma assistência multidisciplinar, acolhedora e eficiente na detecção da depressão, além de atuação de forma preventiva a atos suicidas no município de Presidente Kennedy-ES.

Dado o exposto, a trajetória metodológica inclui a apresentação de etapas da pesquisa, como tipo, cenário, sujeitos, inclusão e exclusão, coleta e tratamento dos dados, análise e aspectos éticos, a qual será apresentada a seguir.

2 METODOLOGIA

Para a construção desta investigação, optou-se por realizar uma pesquisa do tipo descritiva, documental, com recorte temporal retrospectivo e com finalidade qualitativa, realizada a partir da análise de conteúdo dos dados secundários sobre o Transtorno Depressivo na faixa etária de adolescentes adultos jovens no município de Presidente Kennedy-ES.

Sobre o que seria realizar um estudo descritivo, Triviños (1987, p. 110) afirma que:

[...] o estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade, podendo ser descritos e traçados em função de simples descrição do fenômeno, pelo uso de categorias ou classificações, qualitativos ou quantitativos, da qual exige planejamento antecipado.

No que se refere à pesquisa documental, Gil (2010) diz que se utilizam de dados existentes, isto é, que já receberam tratamento analítico, ou seja, é baseada em material (artigos científicos e livros) já publicado. Para Vergara (2013, p. 43), a pesquisa documental é “[...] aquela realizada em documentos conservados no interior de órgãos públicos e privados de qualquer natureza ou com pessoas.”.

Autores como Marconi e Lakatos (2005) referem-se à pesquisa retrospectiva como aquela que pode ser desenhada para explorar fatos do passado, e que pode ser delineada para retornar do momento atual até um determinado ponto no passado, tal qual quando se estuda o assunto há vários anos.

O cenário da pesquisa foi o município de Presidente Kennedy-ES, que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), possui uma área geográfica de 583,932 km, localizado no sul do estado do Espírito Santo, distante 164 km da capital, Vitória, com densidade demográfica de 17,66 habitantes por quilometro quadrado. A população geral do município compreende 10.314 habitantes com estimativa para 2020 de 11.742 habitantes. Pessoas do sexo masculino representam um quantitativo de 5.258, e do feminino, 5.056. Desses, residem em área urbana 1.710 da população masculina e 1.730 da feminina. Residem em área rural 3.548 da população masculina e 3.326 da feminina. Estão na faixa etária inferior a 15 anos 2.436 habitantes; de 15 a

64 anos, 7. 074; e acima de 60 anos ou mais, 804. Quanto à taxa de analfabetismo, em 2010 era de 21,62% para a faixa etária de 25 ou mais anos (PRESIDENTE KENNEDY 2018, 2021). Quanto à escolarização, compreende a faixa etária de 6 a 14 anos com 97,1% (IBGE, 2010).

No contexto econômico, social e político, Presidente Kennedy, no Litoral Sul, está em processo de expansão devido ao Fundo de Desenvolvimento Econômico do Sul do Espírito Santo (FUNDESUL); e tem se destacado proporcionando melhores rendas, reduzindo desigualdades sociais e, ainda, possibilitando a inclusão social. Além disso, a previsão é de que cresça ainda mais nos próximos anos (FUNDESUL, 2018).

Figura 1 – Mapa do Estado do Espírito Santo



Fonte: Disponível em: Governo ES – Conheça o novo Mapa do Turismo do Espírito Santo (www.es.gov.br).

Sobre o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), consiste explicar como uma medida de indicadores: longevidade (IDHM Longevidade); educação (IDHM Educação); e renda (IDHM Renda) do município de Presidente Kennedy-ES – e em 2010, foi de 0.657, considerado como médio (PRESIDENTE KENNEDY, 2010).

Em virtude dos repasses dos recursos dos *royalties*, o município de Presidente Kennedy-ES está em constante expansão e encontra-se habilitado na gestão plena da Atenção Básica (AB), sendo, atualmente, a cidade com maior Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, com soma de 583.171,85 (PRESIDENTE KENNEDY/DIA, 2018). Conforme o Plano Municipal de Saúde 2018/2021 e o Atlas de Desenvolvimento Humano de 2010, o Município possui renda per capita de 419,97; e em nível de Brasil, o equivalente a 793,87.

Figura 2 – Mapa do Estado do Espírito Santo, demarcando o Município de Presidente Kennedy-ES



Fonte: Disponível em: Mapa MICHELIN Presidente Kennedy – mapa Presidente Kennedy – ViaMichelin.

Priorizaram-se, enquanto objeto de estudo, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma casa de apoio em que as pessoas procuram por assistência. Entretanto, o município não possui distritos e tem a população distribuída em 26 comunidades

rurais, dispondo atualmente de 11 UBS e 1 casa de apoio para pacientes com transtornos mentais. Destacam-se na Tabela 1 a relação das UBS e casa de apoio.

Tabela 1 – Relação das Unidades Básicas de Saúde e casa de apoio para atendimentos a pacientes com transtornos mentais

UBS	UBS
Sede	São Salvador
Santa Lúcia	São Paulinho
Jaqueira	Santo Eduardo
Marobá	Boa Esperança
Mineirinho	Cancela e Gromogol
Casa de apoio	

Fonte: elaborado pela autora a partir das informações da Secretaria de Saúde de Presidente Kennedy, ES, 2020.

O município de Presidente Kennedy-ES ainda não tem um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)¹, o qual Silva (2010) diz ser um elemento estratégico para a humanização do atendimento em saúde mental e que seu desenvolvimento e expansão fizeram surgir um novo modelo de saúde mental no Brasil, cada vez mais próximo dos que dele necessitam. O papel do CAPS é o de promover, a partir da prestação de serviços de saúde mental e do acompanhamento social, o desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos usuários, reintegrando-os à vida social e à convivência familiar.

Para explicar sobre o CAPS, contou-se com o estudo de Conceição (2018, p. 3), que destaca algumas modalidades de atenção psicossocial e atendimentos que poderiam ser ofertados à população caso houvesse um CAPS.

¹ São instituições brasileiras que visam à substituição dos hospitais psiquiátricos – antigos hospícios ou manicômios – e de seus métodos para cuidar de afecções psiquiátricas.

Quadro 1 – Modalidades do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS I: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas as faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas as faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas as faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e/ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes. Daí a necessidade de se procurar a Atenção Básica, da qual é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas.

Fonte: elaborado pela autora, a partir dos estudos de Conceição (2018, p. 3).

Os dados obtidos para esta pesquisa tiveram como fonte de dados os documentos de base legal, além do Plano Municipal de Saúde 2018/2021, sendo o período de pesquisa referente a 2019-2020.

Para balizar a escrita teórica da pesquisa e alcançar os objetivos propostos, foi realizada uma revisão da literatura, sendo utilizados como critérios de seleção: obras que incluíram publicações do Ministério da Saúde, Caderno de Atenção em Saúde Mental (CASM); folha informativa: depressão: OPAS Brasil; estatísticas do IBGE; Google Acadêmico; SciELO; dissertações e teses, além de artigos *on-line* e a própria legislação.

Para realizar a pesquisa, portanto, foi necessário empreender um roteiro para a coleta de dados, o qual foi utilizado para facilitar a busca pelos dados no documento Plano Municipal de Saúde de 2018/2021; e após obter as informações, foram extraídos do campo de interesse da pesquisa para realizar a análise posteriormente.

Primou-se por incluir informações sobre Transtorno Depressivo na AB de Presidente Kennedy-ES, sendo os critérios de inclusão para Transtorno Depressivo em conformidade com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Coube excluir da busca outras patologias, além de artigos que, em síntese, não contribuiriam para o desenvolvimento da pesquisa.

Ressalta-se o mote da pesquisa o Transtorno Depressivo no âmbito da Atenção Básica do Município de Presidente Kennedy, sendo o modelo teórico formulado a partir de cinco categorias de análise, a saber: Transtorno Depressivo; Saúde mental; Política públicas; Atenção Básica; e Rede de atenção. Os temas foram discutidos e analisados com base nos artigos selecionados e conexões com outras referências da literatura.

Houve necessidade de destacar os elementos subjetivos inerentes aos transtornos mentais, Transtorno Depressivo, à atenção em saúde mental, às políticas públicas implementadas e ao processo de assistência e acolhimento aos pacientes usuários das UBS no município de Presidente Kennedy-ES. Tal intento foi o de trilhar caminhos que pudessem possibilitar a compreensão da doença e as políticas públicas de atenção em saúde mental, bem como a promoção da saúde da população quanto a inibir os transtornos mentais no município.

Visando à captura de técnicas secundárias, foram utilizados documento de base legal, o Plano Municipal de Saúde 2018/2021, além de livros, monografias, dissertações, teses, artigos em fontes de papel e em meio eletrônico e publicações avulsas que tratam do assunto entre os transtornos mentais, o Transtorno Depressivo.

Fica compreendido com a explicação de Silva (2010) que uma análise qualitativa busca realizar reflexões sobre o desenvolvimento e a dinâmica social, voltada para a solução de problemas de um determinado grupo, por meio do estudo das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, como produto das interpretações que os homens fazem a respeito da realidade em que estão inseridos e do modo como constroem seus artefatos e a si mesmos.

Segundo Martins (2017), na análise dos dados, busca-se transformar números em informação, em significado, em solução de problemas. Por isso, a análise de dados foi em conformidade com a proposta de Bardin (2011), que considera a aplicação do método Análise de Conteúdo como pressuposto essencial de organização, a qual propõe diferentes fases em torno de três polos, a saber: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados; e inferência e interpretação.

Bardin (2011) compreende a Análise de Conteúdo como uma técnica refinada que exigem muita dedicação, paciência e tempo do pesquisador, o qual tem que se valer da intuição, imaginação e criatividade, principalmente na definição de categorias de análise.

Para melhor compreensão e análise das informações, os dados coletados foram organizados; e, após a construção de um banco de dados, as informações foram transferidas para o pacote, trabalhadas e organizadas pela associação de códigos de Transtorno Depressivo aos resultados, estabelecendo, assim, a informatização e em conformidade com os objetivos da pesquisa. Insta constar que a pesquisa esteve em consonância com a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012).

Esta pesquisa, visando facilitar a compreensão e o entendimento, está estruturada em três capítulos. Inicialmente, com a apresentação de uma introdução, com problema, objetivos, justificativa e metodologia.

O primeiro Capítulo confere a fundamentação teórica na qual se discute sobre as concepções teóricas sobre Transtorno Depressivo: conceitos que embasam o estudo, considerações iniciais acerca do Transtorno Depressivo, Contexto avaliativo: da etiologia as consequências da doença, do diagnóstico à terapêutica de enfrentamento da doença.

No segundo Capítulo, buscou-se apresentar a história e o novo marco na saúde mental, além de conhecer os mecanismos de mudanças da política de saúde mental no Brasil, assuntos sobre a AB e as políticas públicas de atenção em saúde mental, bem como a construção da rede de atenção e o papel estratégico dos CAPS.

No terceiro Capítulo, consta a análise da pesquisa realizada, apresentam-se os resultados obtidos pela caracterização e análise do quantitativo de atendimentos realizados nas UBS e registrados em prontuário eletrônico, entre 2019 e 2020, no município de Presidente Kennedy-ES, e do Plano Municipal de Saúde 2018/2021, com análise interpretativa quanto ao enfrentamento do Transtorno Depressivo e das políticas de atenção às estratégias de cuidados, além da identificação de políticas públicas em saúde mental na AB.

Finaliza-se a pesquisa com as considerações, em que são abordadas as recomendações de pesquisas vinculadas para trabalhos futuros acerca do tema estudado. Após, apresentam-se as referências e o apêndice.

3 CAPÍTULO 1 — CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE TRANSTORNO DEPRESSIVO: CONCEITOS QUE EMBASAM O ESTUDO

Este Capítulo apresenta os assuntos relacionados com o objeto deste estudo, sendo eles: considerações sobre o Transtorno Depressivo, etiologia, causas, consequências, tipos, sinais, sintomas, do diagnóstico à terapêutica de enfrentamento do transtorno, bem como assuntos sobre saúde mental e sua correlação com a depressão.

3.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS ACERCA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO

As primeiras descrições de estados de alteração do humor podem ser encontradas nas escrituras bíblicas e na mitologia, e compreendiam o adoecimento físico e mental a partir de uma narrativa mítica e religiosa, atribuída a uma entidade divina a etiologia de todos os males (MARCONI, 2017). Segundo Barlow e Durand (2010) e Yano (2015), o Transtorno Depressivo foi registrado ao longo da história e das culturas com uma perspectiva de melancolia, o que justifica o estudo de Quevedo e Silva (2013, p. 17) ao explicarem o termo depressão como “relativamente novo na história, tendo sido usado pela primeira vez em 1680 para designar um estado de desânimo ou perda de interesse.”.

De acordo com Assumpção, Oliveira e Souza (2018, p. 22), o termo depressão tem origem no latim *depressus*, que corresponde ao ato de deprimir-se. Nas palavras de Cavaleiro e Tolfo (2011), a depressão pode ser conceituada como o conjunto de manifestações que envolvem a necessidade de isolamento, a presença de pensamentos negativos.

Segundo Teodoro (2010, p. 20), a depressão é um Transtorno Mental causado por “[...] uma complexa interação entre fatores orgânicos, psicológicos, ambientais e espirituais, caracterizado por angústia, rebaixamento do humor e pela perda de interesse, prazer e energia diante da vida”. Embora também sejam considerados os genes, os hormônios, entre diversas substâncias químicas.

A depressão pode estar também associada a “autoestima, pensamentos, personalidade, crenças, reações emocionais, conflitos inconscientes, fatores socioculturais e ambientais, situações cármicas e vinculações espirituais” que formam o quadro depressivo (TEODORO, 2010, p. 20).

É importante salientar que a depressão tem sido um assunto discutido com frequência na área da saúde nas últimas décadas, e com expansão de risco ascendente, tem sido uma das doenças do século, além de ser um problema de saúde pública. Apesar de a depressão ter causas desconhecidas, os fatores genéticos, psicológicos, ambientais, anatomopatológicos e bioquímicos estão envolvidos na sua gênese e evolução, e em graus variáveis, que vão desde o leve até o grave (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011; TEODORO, 2010).

Atualmente, há mais de 120 milhões de depressivos no mundo e de acordo com a OMS, “nos últimos 10 anos o número de pessoas com depressão aumentou” (BRASIL, 2019a, p. 1). Conforme Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios, estima-se que uma em cada cinco pessoas no mundo apresenta problemas relacionados com a depressão em algum momento da vida, sendo sua prevalência de 11,1% (TJDFT, 2019; MOLINA *et al.*, 2012, p. 195). Sá (2011) estima que a depressão no ano de 2030 será a principal causa de incapacidades.

O Ministério da Saúde pontua a depressão como um problema médico grave e altamente prevalente na população geral (BRASIL, 2020). De acordo com estudo epidemiológico, a prevalência de depressão ao longo da vida no Brasil gira em torno de 17%, mas a maior prevalência encontrada foi de 18,4% (BROMET *et al.*, 2011).

Conforme a OMS, a prevalência de depressão na rede de APS é de 10,4%, isoladamente ou associada a um transtorno físico, e situa-se em quarto lugar entre as principais causas de ônus, respondendo por 4,4% dos ônus acarretados por todas as doenças durante a vida. Além de ocupar o primeiro lugar quando considerado o tempo vivido com incapacitação ao longo da vida, sendo de 11,9%, e o aparecimento comum no final da terceira década da vida, podendo começar em qualquer idade. Estudos mostram prevalência de depressão ao longo da vida em até 20% nas mulheres e 12% entre os homens (BRASIL, 2020).

De acordo com o estudo de Lopez e colegas (2011), quando se trata de cuidados primários no Brasil, essa prevalência pode chegar a 29,5%, diferentemente do encontrado em pacientes na atenção primária da Espanha (9,6%). No Brasil, aproximadamente 17 milhões de pessoas em um momento de suas vidas terão algum tipo de depressão, com episódios agudos, e graves e muitas com risco de suicídio. Cerca de 850 mil pessoas morrem, anualmente, em decorrência da doença depressão, com estimativa de 7,6% dos brasileiros de 18 anos ou mais terem recebido diagnóstico de “depressão” pelo profissional de saúde mental (LEITE, 2016; BRASIL, 2019b, p. 1).

Isso confirma o estudo de Assumpção, Oliveira e Souza (2018, p. 22), ao descreverem que a depressão representa “um enorme buraco, com escalada nada animadora quando vista do fundo, que na maioria das vezes, o restabelecimento do equilíbrio emocional depende do apoio familiar e de ajuda profissional”. Coadunando com o trabalho de Molina e colaboradores (2012, p. 194), a “[...] depressão representa importante problema de saúde global e vem causando impacto negativo na vida dos indivíduos e na de suas famílias, além de elevar a demanda dos serviços de saúde.”.

Conforme a literatura médica científica mundial, a depressão incita alterações no organismo, além de ser porta de entrada para diversas doenças, pois uma vez com depressão, as pessoas podem vir a desenvolver sentimentos de infelicidade de maneira frequente, e por isso ficando prostradas e com o sistema imunológico rebaixado, podem desenvolver diversos problemas, seja inflamatórios e/ou infecciosos, e dependendo da gravidade, desencadear, também, doenças cardiovasculares, como infarto, acidente vascular cerebral e hipertensão (TJDFT, 2019). Na opinião de Marques (2014), a depressão é a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes.

Dessa forma, Silva, Silva e Simões (2013) finalizam essa discussão apontando a depressão como transtorno do humor com dados epidemiológicos distribuídos por faixa etária: infância, adolescência e senectude se não tratada corretamente, podendo perdurar por muito tempo, com prejuízos à vida dos pacientes. Fica o posicionamento de Varela (2019, p. 17), ao descrever o distúrbio depressivo como uma psicopatologia

cuja prevalência cresce significativamente a cada geração, acometendo atualmente mais de 320 milhões de pessoas.

3.1.1 Contexto avaliativo: da etiologia as consequências da doença

De acordo com o DSM-5, sobre transtornos depressivos, alguns estão classificados por sintomas específicos, tais como: transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), e transtorno depressivo específico e inespecífico. Outros são classificados pela etiologia, como: “transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo decorrente de outra condição médica; transtorno depressivo induzido por substância/medicação” (ELIAS, 2020, p. 1; DSM-5, 2013, p. 155).

Por ser uma doença frequente, a depressão é caracterizada por episódios de longa duração, alta cronicidade, recaídas e recorrências, prejuízo psicossocial e físico, e alto risco de suicídio. Emerge como resultante de uma inibição global da pessoa que afeta a função da mente, altera a maneira como a pessoa vê o mundo, sente a realidade, entende as coisas e como se manifesta (CAMON, 2011).

Segundo Teodoro (2010), a depressão interfere na diminuição da qualidade de vida, na produtividade e na incapacitação social do indivíduo, atingindo desde crianças até pessoas idosas, rompendo fronteiras de idade, classe socioeconômica, cultura, raça e espaço geográfico, embora seja a mulher a mais atingida; e considerada por Gonçalves e outros (2017, p. 102) e por Sarti e Jacabucci (2018) como um grave problema de saúde pública devido a sua alta prevalência, repercussões na saúde geral e impacto psicossocial.

Para Ghasemi e colegas (2017), apesar de o Transtorno Depressivo ser considerado como comum, envolve humor deprimido e/ou perda quase completa do interesse ou prazer em atividades antes apreciadas com manifestações somáticas, tais como alteração de peso e distúrbios do sono, além das cognitivas, como dificuldade de concentração.

Na opinião de Gonçalves e outros (2017), a depressão traz consigo diversos sintomas que desgastam o ser humano aos poucos, e lentamente, sem que a pessoa perceba

que sua participação na sua melhora é importante. O paciente perde o interesse pelas coisas aos poucos a cada dia, tornando-se escravo do pessimismo, impossibilitando-o de viver plenamente, experienciando momentos de prazer com as pessoas que lhe fazem bem. E entre suas diversas manifestações de sintomas, podem estar inter-relacionadas com fatores psíquicos, orgânicos, hereditários, sociais, econômicos, religiosos, entre outros.

Posto dessa forma, e de acordo com uma série de evidências, alterações químicas no cérebro do indivíduo deprimido podem ser relacionadas com os neurotransmissores e substâncias que geram impulsos celulares. Diversos são os fatores psicológicos e sociais que podem ser consequência, e não causa propriamente da depressão. Um exemplo é o estresse, podendo desencadear a depressão no indivíduo, principalmente se ele tiver predisposição genética (TJDFT, 2019).

Como já referido anteriormente sobre sinais e sintomas, Teodoro (2010) discorre que, em relação à depressão, podem ser considerados como leve, moderado ou grave. Nesse sentido, é interessante explicar que diversas são as situações que podem desencadear episódios depressivos nas pessoas, umas com maior predisposição, seja por fatores psicológicos ou pela condição orgânica. Entretanto, Kaikal (2018) assevera que por mais que a depressão tenha sintomas característicos, ela pode se manifestar de maneiras diferentes. Fecha as considerações o relato de Gomes (2011) quando diz que a depressão gera uma série de consequências no ser humano, acarretando diversas doenças, que repercutem negativamente para todo o organismo.

Familiarizando um pouco mais sobre o assunto, Soares e Caponi (2011) e Tenorio (2017) pontuam como vários os tipos e os motivos desencadeadores para que uma pessoa desenvolva quadros depressivos, entre alguns, o cansaço extremo, os pensamentos negativos, a apatia etc.

De forma mais detalhada, autores como Cavalcante, Minayo e Mangas (2013, p. 2985) esclarecem que a depressão “[...] é um transtorno do humor que oscila entre moderado e profundo, de curta ou longa duração que apresenta humor alterado, perda de interesse e de prazer pela vida e reduzido níveis de energia”. Os tipos são: Transtorno da Depressão Maior (TDM); Depressão bipolar; Distímia (Transtorno

Depressivo Persistente); Transtorno pós-parto; Transtorno disfórico pré-menstrual; Transtorno disfórico pré-menstrual; Transtorno afetivo sazonal; Transtorno psicótico e Transtorno Depressivo induzido por substância/medicamento.

Nesse contexto, é importante fazer um detalhamento sobre os sintomas da depressão pela ótica de Kaikal (2018), a saber: no TDM (depressão unipolar), o paciente apresenta quadro de humor deprimido, perda de interesse, prazer, energia reduzida, diminuição das atividades e, em casos mais graves, sofrimento, melancolia e incapacidade temporária, especialmente quando não tratado. Já no que se refere ao Transtorno Bipolar (TB), mesmo sendo diferente da depressão, ele consta na lista de quadros depressivos, uma vez que a pessoa experimenta episódios de humor extremamente deprimido que satisfazem os critérios para depressão maior, além de alternância de momentos depressivos com períodos de extremos, eufóricos ou irritáveis, chamado de “mania” ou uma forma menos grave, chamada “hipomania.”.

Já quanto à distímia como Transtorno Depressivo Persistente (TDP), Kaikal (2018) diz ser como uma forma de depressão crônica podendo durar por dois anos, com intensidade moderada, com predominância de tristeza, desânimo, pessimismo e sem vontade de agir, com pouca energia e concentração. Na opinião do autor, uma pessoa diagnosticada pode ter episódios de depressão maior, juntamente com períodos de sintomas menos graves. Detalha o autor: na Depressão Pós-Parto (DPP), os sintomas podem aparecer nas primeiras semanas depois do parto ou mesmo durante a gestação, mas os sentimentos de extrema tristeza, ansiedade e exaustão podem dificultar que a mãe realize atividades diárias de cuidado do bebê e de si mesma, sendo bem mais grave do que a sensação de ansiedade que muitas mulheres experimentam após o parto, que normalmente desaparecem dentro de duas semanas.

Continua Kaikal (2018) em discorrer sobre o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM), que surge quase todos os meses no período que antecede à menstruação, devendo cessar quando o ciclo se inicia. Por causa de uma baixa de estrogênio, o hormônio feminino, os sintomas podem ser muito mais severos do que a tensão pré-menstrual comum, a ponto de deixar a paciente incapaz de exercer atividades por tristeza, irritabilidade, vontade de isolamento e muita indisposição. Já o Transtorno Afetivo Sazonal (TAZ) pode ser referido à depressão durante os meses de inverno,

quando há menos luz solar natural, em particular em países de clima temperado, onde os dias de invernos são curtos e a exposição à luz é reduzida. A depressão de inverno costuma se repetir todos os anos, sendo acompanhada de retraimento social, aumento do sono e ganho de peso.

O autor supracitado explica que o Transtorno Depressivo Psicótico (TDP) ocorre quando uma pessoa tem depressão grave e sintomas psicóticos, como ter falsas crenças (delírios) e ouvir ou ver coisas perturbadoras que os outros não conseguem perceber, tais como alucinações. Segundo Kaikal (2018), os sintomas psicóticos geralmente têm um tema depressivo, como delírios de culpa, pobreza ou doença, podendo também ter um conteúdo persecutório. Já o Transtorno Depressivo induzido por Substância/Medicamento (TDSM) está associado à ingestão, injeção ou inalação de uma substância (droga de abuso, exposição a uma toxina ou uso de medicamento), e inclui os sintomas de um Transtorno Depressivo que persistem além da duração esperada dos efeitos fisiológicos da intoxicação ou período de abstinência.

Pereira e Azevedo (2017) colaboram com seu estudo ao trazer os especificadores da depressão enquadrando-a ao Transtorno do Humor (Afetivos), estando ele relacionado pelos códigos de F-30 a F-39, sendo que esses transtornos apresentam como perturbação fundamental a alteração do humor. Todavia, para a identificação dos especificadores para transtornos depressivos, devem-se levar em conta os critérios diagnósticos do transtorno, para que se possa explicar melhor o transtorno e seus sintomas, favorecendo o diagnóstico de diversos transtornos em um único paciente.

A CID-10 fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais e sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças; portanto, faz-se necessário seguir o protocolo de Atenção de Saúde Mental. Nesse sentido, Daré (2013, p. 41) assevera que o diagnóstico deve ser feito a partir da “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos – CID e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM” (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2014).

De acordo com Pereira e Azevedo (2017), a cada estado de saúde, é atribuída uma categoria única que corresponde a um código CID-10, na qual se seguem: Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, Critérios Diagnósticos TDM 296.99 (F34.8); Transtorno Depressivo Persistente (Distímia), Critérios Diagnósticos 300.4 (F34.1); Transtorno Disfórico Pré-menstrual, Critérios Diagnósticos 625.4 (N94.3); Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento, Critérios Diagnósticos; Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica, Critérios Diagnósticos; Outro Transtorno Depressivo Especificado, Critérios Diagnósticos 311 (F32.8); Transtorno Depressivo Não Especificado, Critérios Diagnósticos 311 (F32.9) (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2013).

Conforme CID Episódios Depressivos CID 10 – F32. F33.0 Transtorno Depressivo Recorrente, episódio atual leve. episódio depressivo moderado CID 10 – F32.1. episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos CID 10 – F32.2. episódio depressivo grave com sintomas psicóticos CID 10 – F32.3. outros episódios depressivos CID 10 – F32.8 (DATASUS, 2008).

Nesse contexto, as informações do CID-10 para Transtornos Depressivos são apresentadas detalhadamente no Quadro 2 abaixo.

Quadro 2 – Relação do CID-10 para Transtornos Depressivos

F32 Episódios depressivos Inclui: episódios isolados de (uma): · depressão: · psicogênica · reativa · reação depressiva Exclui: quando associados com transtornos de conduta em F91.- (F92.0) transtornos (de): · adaptação (F43.2) · depressivo recorrente (F33-)
32.0 Episódio depressivo leve
F32.1 Episódio depressivo moderado
F32.2 Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos Depressão: · Agitada · Maior – episódio único sem sintomas psicóticos · Vital
F32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos Episódios isolados de: depressão, maior com sintomas psicóticos, psicótica, psicose depressiva, psicogênica, reativa
F32.8 Outros episódios depressivos
F32.9 Episódio depressivo não especificado
F33 Transtorno Depressivo recorrente Inclui: episódios recorrentes de uma: · depressão · psicogênica · reativa · reação depressiva Transtorno Depressivo sazonal Exclui: episódios depressivos recorrentes breves (F38.1)
F33.0 Transtorno Depressivo recorrente, episódio atual leve
F33.1 Transtorno Depressivo recorrente, episódio atual moderado
F33.2 Transtorno Depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos Depressão: · Endógena · Maior recorrente – sem sintomas psicóticos · Vital recorrente Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva sem sintomas psicóticos
F33.3 Transtorno Depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos Depressão endógena com sintomas psicóticos Episódio recorrente grave (de): · depressão: · maior com sintomas psicóticos · psicótica · psicose depressiva: · psicogênica · reativa Psicose maníaco-depressiva, forma depressiva, com sintomas psicóticos
F33.4 Transtorno Depressivo recorrente, atualmente em remissão
F33.8 Outros transtornos depressivos recorrentes

Fonte: Disponível em: F30-F39 Transtornos do humor [afetivos] (datasus.gov.br). Acesso em: 28 ago. 2021.

A fim de esclarecimentos sobre os fatores de risco que envolvem o Transtorno Depressivo, Baptista e Borges (2016) asseveram ser um transtorno que inclui o

histórico familiar do indivíduo, diversos transtornos, podendo ou não serem considerados como psiquiátricos, estresse, ansiedade, desequilíbrio hormonal, aumento de peso, sedentarismo, dieta inadequada, vícios diversos, seja tabaco, álcool e drogas, entre outros.

Em se tratando de prevenção da depressão, consiste em espantar a tristeza, sendo importante gerenciar o estresse e compartilhar as dificuldades do dia a dia. Ler, aprender coisas novas, ter *hobbies* e se divertir ajudam a manter a cabeça ativa e livre de pensamentos negativos ou preocupações excessivas. O otimismo, ladeado de bom senso, pode assegurar o bem-estar emocional (TENORIO, 2019). Entretanto, nas palavras de Pereira e Azevedo (2017, p. 198), “[...] não é possível evitarmos o mal da depressão, pois este é um modo singular do sujeito significar as próprias experiências vividas.”.

Baseado nesse contexto, seria oportuna a procura de prevenir a depressão, e uma maneira a ser pensada seria cuidar da mente e do corpo e de diferentes formas, com boa alimentação e atividades físicas, ou alternativas, tais como alinhar as práticas com leitura e aprendizado de coisas novas, *hobbies*, viagem e diversão. Portanto, é preciso sublinhar os problemas, e não os recalcar (BRUM; ORTIZ; KANITZ, 2019; TJDFT, 2019). De acordo com Tenorio (2017), práticas de atividades físicas podem ajudar a manter a cabeça da pessoa ativa e ocupada com pensamentos positivos.

3.1.2 Do diagnóstico à terapêutica de enfrentamento do Transtorno Depressivo

Sobre o diagnóstico da depressão, Tenorio (2017) pontua a existência de alguns testes e questionários que podem apontar para o distúrbio, ou seja, a clínica, mas o diagnóstico somente pode ser dado por um médico especialista – no caso, o psiquiatra –, que é o responsável por tratar pessoas com transtornos mentais, que incluirá o histórico do paciente, da família, exames, com intento de saber se o problema é realmente uma depressão.

Dessa forma, baseia-se em critérios clínicos e distúrbios físicos, devendo ser excluídos por meio de avaliação clínica e testes selecionados. Com Baptista e Borges (2016), fica compreendido que o diagnóstico adequado do Transtorno Depressivo

melhora o prognóstico dos pacientes ao fornecer maiores informações sobre o curso, a prevalência, as possibilidades de tratamento, entre outros fatores.

Sobre a questão de tratamento, Soares e Caponi (2011, p. 438) dissertam que o tratamento apresentado com maior frequência prioriza o modelo biológico, privilegiando o uso de medicamentos. Os autores colocam em dúvida “[...] se há realmente um aumento do Transtorno Depressivo ou se o que está ocorrendo é um processo de medicalização de condições humanas antes tidas como normais”. O tratamento também pode ser conduzido por profissionais médicos psiquiatras, com terapêutica medicamentosa, de acordo com cada caso, sendo o apoio da família fundamental (TJDFT, 2019).

Apesar de a depressão ter o respaldo de políticas públicas em saúde, a literatura aponta que os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda desenvolvem um modelo essencialmente biomédico, com estrutura curativa, centrado na doença e arraigado ao tratamento psiquiátrico com forte medicalização, reforçando um modelo de atenção em saúde que limita ações resolutivas em saúde mental (ROTOLI *et al.*, 2019, p. 2). De acordo com Daré (2013, p. 11), “uma das limitações, são em razão da excessiva fragmentação dos quadros clínicos de transtornos mentais e da superposição dos sintomas.”.

Conforme Bastos e Trentini (2013) e Coryell (2018), os antidepressivos tricíclicos, os inibidores da monoaminoxidase e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina abordados de forma abrangente no tratamento da depressão, além de demonstrar que os tratamentos farmacológicos não são opostos às diferentes formas de psicoterapia, pelo contrário, os dois tratamentos são complementares. Portanto, a depressão é um transtorno grave, que pode comprometer toda a vida familiar, laborativa e social do paciente, destruir famílias, carreiras e relacionamentos. Torna-se necessário o uso de antidepressores e psicoterapia associada.

Autores como Gibbons e colaboradores (2012) e Botega (2014) esclarecem que a maioria dos pacientes com depressão não tratados tentará o suicídio pelo menos uma vez na vida, e destes, registra-se que 17% conseguem se matar. Do ponto de vista de Barbosa, Macedo e Silveira (2011), a ideia suicida também é um sintoma depressivo.

Em suma, transtornos mentais envolvem tratamento de suporte, psicoterapia e, geralmente, fármacos (BERGFELD, 2016; ASSUMPÇÃO; OLIVEIRA; SOUZA, 2018). Na opinião de Pino (2016), a psicoterapia pode ajudar e melhorar a compreensão da doença, facilitando na adesão aos tratamentos propostos, sendo seus efeitos sobre o humor muitas vezes evidentes com a melhora do ânimo e da vontade de viver.

Quanto à importância da terapêutica para o enfrentamento do Transtorno Depressivo, na atualidade, as políticas de saúde mental na legislação têm seus valores pautados em concessão de verbas para tratamentos de pacientes psiquiátricos que, em seu contexto, não reflete nem garante assistência ao doente, o que torna urgente a necessidade de reformulação de políticas públicas que viabilizem condições e critérios para a promoção da saúde mental.

Nesse contexto, faz-se necessário estabelecer ações com viabilidade prática para transformar a atual conjuntura que envolve a realidade dos tratamentos de problemas mentais no País. Damasceno (2019) insiste nesse assunto ao confirmar grandes mudanças de concepção de tratamentos, com a variedade e a aplicabilidade de medicamentos psicotrópicos.

Ante o exposto, entende-se que a inexistência de um sistema que respeite e garanta os direitos civis e socioeconômicos contribui para o agravamento das doenças mentais e eleva o percentual de indivíduos sem a devida assistência. Com um sistema falho, muitos pacientes que poderiam ser recuperados evoluem para quadros mais graves, o que tem representado um crescente ônus financeiro aos cofres públicos devido à incapacidade mental e física, medicamentos de alto custo e aposentadoria precoce. Todavia, o maior prejuízo resulta da não garantia do cumprimento de seus direitos fundamentais, colocando em xeque a dignidade humana, acentuando o sofrimento e reduzindo cada vez mais as chances de reintegração social.

Em razão dos variados problemas que envolvem a depressão e levando em conta os programas e as leis federais acerca do combate à depressão, o Ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, e outros Ministros lançaram a campanha de valorização da

vida e de combate à depressão, a qual “tem por objetivo o de estimular o jovem a compartilhar momentos com a família e amigos, mais conversação, fortalecendo a importância do diálogo e desmistificando a vida virtual”. A iniciativa reforça a necessidade de ficar atento aos sintomas da depressão e de buscar ajuda (BRASIL, 2019b p. 1).

Entretanto, a preocupação não tem sido apenas no âmbito da saúde, mas também no campo da educação, tanto que foi sancionada a lei que cria a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio em 1º de maio de 2019. A lei cria um sistema nacional, com estados e municípios, para prevenção do suicídio e da automutilação e um serviço telefônico gratuito para atendimento ao público. A publicação ainda determina que a notificação compulsória desses casos deve ter caráter sigiloso nos estabelecimentos de saúde, segurança, escolas e conselhos tutelares (BRASIL, 2019a).

Com intuito de mapeamento do estilo de vida das pessoas, verificação de incidência de doenças e condições de saúde da população, o Ministério da Saúde encomendou ao IBGE uma pesquisa intitulada “IBGE bate à sua porta para saber como está a sua saúde” (BRASIL, 2019c). Entretanto, Leite (2016) declara haver uma certa dicotomia em relação à depressão, desde a antiguidade, principalmente em classificar o transtorno como único ou como biológica e psicossocial, melancólica ou reativa.

Na AB, a saúde mental é um dos maiores motivos de busca de atendimento e deve ser acolhida pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF). Qualquer profissional dessa equipe pode fazer a primeira escuta do usuário e depois discutir o caso com a equipe multidisciplinar para melhor encaminhamento. Conforme Nóbrega e outros (2017), a saúde mental pode ser organizada em rede; e por possuir articulação com a AB, é considerada como porta de entrada do sistema de saúde.

De acordo com Barros e Salles (2011), o Ministério da Saúde, desde 2001, tem estimulado a inclusão, nas políticas de atenção primária, de diretrizes que remetam e reconheçam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. Nessa linha de pensamento, Daré (2013) diz que a atenção primária tem como

princípio possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, principalmente as que demandam um cuidado em saúde mental.

No município de Presidente Kennedy-ES, os pacientes podem procurar a unidade de saúde e solicitar atendimento psicológico com profissionais qualificados, além de a Prefeitura promover ação contra o suicídio na campanha Setembro Amarelo (PRESIDENTE KENNEDY, 2017). Entretanto, para as ações em saúde mental, o Ministério da Saúde, no contexto da atenção primária, preconiza que:

[...] devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma psiquiátrica. Podemos sintetizar como princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e Atenção Básica: – noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade /interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2003, p. 3).

Desse modo, Daré e Caponi (2017, p. 1) esclarecem que a rede de AB recebe demanda espontânea de pessoas com diagnóstico de depressão, a qual inclui diversos tipos de sofrimentos psíquicos subproduto da medicalização. Assim, os “princípios de diretrizes gerais da Atenção Básica preveem o desenvolvimento de ações com uma atenção integral com capacidade de influenciar na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de sua saúde”.

Na opinião de Daré (2013):

Ainda que a atenção primária tenha avançado nestes últimos anos em suas práticas, e que a Política Nacional de Atenção Básica apresente em seus fundamentos e diretrizes, ações e estratégias que incluam a integralidade dos cuidados e a diminuição de danos e sofrimento aos indivíduos, sua trajetória vem se constituindo muito afastada das práticas em saúde mental (DARÉ, 2013, p. 31).

Nesse contexto, a OMS enfatiza a necessidade de priorizar e investir em “saúde mental nas agendas globais de políticas de saúde, com especial ênfase à depressão, um Transtorno Mental que acomete 350 milhões de pessoas no mundo” (RAZZOUK, 2016, p. 845).

Com Whiteford e Baxter (2013) e Razzouk (2016), fica compreendido que a depressão se destaca por sua alta prevalência e alta morbidade, sendo uma das principais causas de carga global das doenças. Além disso, a depressão constitui uma das principais causas de absenteísmo e presenteísmo no ambiente laboral, sendo a terceira causa de afastamento do trabalho no Brasil.

Ante o exposto, é importante destacar que o País lidera o *ranking* de prevalência de depressão entre as nações em desenvolvimento, com uma frequência de 10% a 18% no período de 12 meses, representando 20 a 36 milhões de pessoas afetadas – o equivalente a 10% das pessoas com depressão no mundo. Estima-se que a depressão e a ansiedade sejam responsáveis por uma perda anual de produtividade de mais de US\$ 1 trilhão (CHISHOLM *et al.*, 2016).

Diante das necessidades apresentadas pela sociedade, a lacuna de investimento no tratamento de transtornos mentais continua desproporcional, principalmente nos países de baixa e média renda, onde o investimento em saúde mental é menor do que 1% do orçamento da Saúde e nos quais apenas 20% a 40% das pessoas recebem tratamento (RAZZOUK, 2016, p. 846).

Os estudos de custo-efetividade para determinar qual seria a melhor medicação de referência a ser incluída no pacote de tratamento são escassos ou inexistentes na maioria dos países (PAN; KNAPP; MCCRONE, 2012). Segundo os autores, seis meses são insuficientes para o tratamento das depressões mais graves; e considerando-se a alta prevalência de comorbidades clínicas, os pacientes podem apresentar custos adicionais no tratamento.

Jane-Liapis e colaboradores (2011) enfatizam que os benefícios do tratamento se traduzem na melhora do estado clínico e da funcionalidade do indivíduo, em sua qualidade de vida e produtividade no trabalho, e na diminuição das externalidades. O tratamento dos transtornos mentais beneficia terceiros: por exemplo, a assistência à saúde mental de uma mãe com depressão puerperal impacta positivamente o desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo da criança. Embora não exista uma cura definitiva para os transtornos mentais, o tratamento das depressões é eficaz, de baixo custo e custo-efetivo.

No que se refere aos medicamentos como principal estratégia de cuidado e tratamento aos indivíduos com diagnóstico de depressão na rede de AB, bem verdade, autores como Daré e Caponi (2017) apresentam a medicalização, mas salientam não serem todas as pessoas que precisam de intervenção medicamentosa. Conforme os autores, seria de bom senso encaminhar os pacientes com depressão para as consultas de enfermagem, psicológica, para ver se eles conseguem reagir, lidar bem com o problema para não necessitar do medicamento.

Na esteira de pensamento de Daré e Caponi (2017):

[...] os medicamentos têm se tornado fundamental, inúmeras vezes pela falta de outras técnicas de cuidado na rede de atenção primária, onde as terapêuticas não medicamentosas são inoperantes, ou seja, tem se tornado uma prática comum e as vezes o único recurso disponível àqueles que se encontram em depressão e necessitam de cuidado (DARÉ; CAPONI, 2017, p. 20).

De acordo com Gonçalves e outros (2017), as diretrizes em saúde mental são importantes devendo ser articuladas com o sistema saúde, com uma abordagem psicossocial, busca ativa dos pacientes, apoio e parceria com a família. Cabe salientar as importantes doenças psiquiátricas e prevalentes na AB, tais como as somatizações, os transtornos depressivos e os transtornos ansiosos, daí a necessidade de critérios para uso de antidepressivos nos casos de depressão e ansiedade, abordagem farmacológica dos transtornos depressivos e ansiosos e orientações gerais para o uso de antidepressivos.

Conforme estudo de Motta, Moré e Nunes (2017, p. 911), a superação dos modelos tradicionais de atendimento à depressão e a construção de formas de atenção que utilizem recursos psicossociais ainda estão em curso, evidenciando que a atenção integral precisa ser mais bem consolidada na AB.

Entretanto, Daré e Caponi (2017) esclarecem que os medicamentos têm se tornado fundamentais, e inúmeras vezes pela falta de outras técnicas de cuidado na rede de atenção primária, em que as terapêuticas não medicamentosas são inoperantes, ou seja, têm sido uma prática comum e, às vezes, o único recurso disponível àqueles que se encontram em depressão e necessitam de cuidado.

3.2 SAÚDE PSÍQUICA E TRANSTORNO DEPRESSIVO

A saúde possui um conceito bem mais abrangente que a simples ausência de doença: consiste em um completo estado de bem-estar físico, mental e social, no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a sua comunidade. Dessa forma, merece atenção em todas as suas vertentes.

Levando em conta a obra da criação, nenhuma existe que se compare ao ser humano. Isso pode ser considerado em si mesmo, como o universo dentro do universo, com domínios e o privilégio de possuir o sentido da vida e a plena consciência de si mesmo. Como peculiaridades, todos os eventos universais caracterizam-se pela ordem e pela harmonia de uma mente sã, em que o domínio psicológico “aborda questões que são fundamentadas enquanto a auto percepção [sic] de sentimentos positivos e negativos, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência” (LEITE, 2016, p. 57).

Graças à capacidade psíquica, o ser humano dispõe de livre-arbítrio, mediante o qual lhe é conferido o poder da opção de uma mente de diferenciação e sem repressão, podendo escolher entre o bem e o mal, o que convém e o que não convém, o que lhe é benéfico e o que não lhe é benéfico.

De acordo com Gimenes Junior (2017), o conhecimento correto do uso da mente, associado ao pensamento firme e à ação constante, é o que permite a cada ser humano a realização de sonhos, pois não há saúde para um corpo dominado por pensamentos doentios, assim como não há felicidade, vitória, sucesso para quem pensa em infelicidade, derrota ou fracasso.

Segundo Leite (2016), o sujeito deprimido tem pior percepção nas relações sociais. Todavia, entende-se que o ser humano, por ser de natureza social, constrói sua personalidade cada vez estabelecendo relações pessoais, sendo a solidariedade com a espécie uma condição de vida. Quando foge a esse compromisso e se isola, estará solapando sua própria consistência. Nada talvez seja mais benéfico, do ponto de vista de seu crescimento psíquico normal, que o cultivo de amizades e o combate ao egoísmo.

Com sentimento de entrosamento pessoal, o ser humano acaba por participar de problemas dos outros e, assim, vai esquecendo e aprendendo a dar o justo valor aos seus. Deixando de pensar continuamente em suas dificuldades de vida para interessar-se pelos espinhos que cobrem os caminhos das outras pessoas, o homem acaba por sentir-se otimista diante da própria existência. Portanto, os sentimentos pessimistas dentro dessa ótica cedem lugar a ideias positivas e realistas, visto que, em confronto direto com os semelhantes, o indivíduo percebe, às vezes, que ele ainda é um privilegiado (GIMENES JUNIOR, 2017).

Segundo o autor supracitado, o entrosamento pode adquirir forma eficiente de exercício na promoção do desenvolvimento, podendo gradativamente ser eliminado o pessimismo, complexos e, muitas vezes, nosso ódio de existência. No entanto, faz-se necessário compreender as dificuldades dos outros, uma vez que ninguém nasce pessimista. Se não existe razão de existir, se a vida é inútil e nada tem de proveitoso no pensamento de muitos, pode ser dissolvida se explicarmos a importância do dinamismo afetivo subjacente a esse estado de crônica de insatisfação e desânimo.

É importante destacar que a ciência tem comprovado que cuidar do corpo reflete na saúde mental de forma positiva. Atividades físicas liberam hormônios e outras substâncias importantes para manutenção do humor. Na alimentação, receitas ou dietas recheadas de azeite de oliva, peixes, frutas, verduras e oleaginosas (nozes, castanhas etc.) são o ideal para prevenir depressão. Esses produtos são ricos em nutrientes que protegem e conversam com a rede de neurônios (TJDFT, 2019).

Em vista disso, os pensamentos positivos influenciam a qualidade da saúde mental; e na perspectiva de saúde pública, buscar medidas que sinalizem condições de assegurar o bem-estar da sociedade é um dos aspectos mais relevantes para minimizar os efeitos negativos das perturbações mentais. Sob a expectativa humana, a adoção de uma postura determinada por um estilo de vida mais natural e saudável influencia positivamente a manutenção da saúde mental (GIMENES JUNIOR, 2017).

Para alcançar os objetivos de uma mente saldável, torna-se relevante promover meios para conter esse problema (a depressão). Dessa forma, alguns fatores precisam ser considerados, tais como: adequar políticas que garantam a atenção primária à saúde mental em toda as esferas sociais; assegurar o acesso universal aos serviços de promoção da saúde mental; divulgar e estimular medidas de prevenção, principalmente entre as camadas populares; estabelecer meios de monitorar a qualidade da saúde mental entre crianças, jovens, usuários de drogas e pessoas idosas; incentivar um estilo de vida saudável a fim de reduzir a ocorrência de desordens mentais e físicas; desmistificar conceitos e estigmas equivocados sobre a recuperação de pacientes com transtornos mentais; apoiar e promover a estabilidade familiar, a integração social e o desenvolvimento humano de acordo com os direitos sociais constitucionalmente estabelecidos.

De acordo com Araújo e Loyola (2014, p. 17), “[...] a maneira de enfrentar as dificuldades da vida em determinados momentos, o estado de sanidade mental e a loucura são divididos por uma linha muito tênue”. Nesse contexto, pessoas que mantêm pensamentos ou atitudes negativas tendem a desenvolver distúrbios físicos e mentais mais graves; e entre os problemas mais preocupantes, estão as crises de ansiedade e o maior risco para a depressão.

Outro problema em relação aos pensamentos negativos está no vício em jogos, álcool e drogas; e de acordo com a OMS, a dependência em jogos virtuais é uma das doenças mentais da modernidade, tendo por reflexo o avanço tecnológico e a facilidade de acesso aos recursos digitais – o que reflete como necessária a criação de uma política específica voltada para o controle (BRASIL, 2019).

A saúde mental é um importante fator que possibilita o ajuste necessário para lidar com as emoções positivas e negativas. Investir em estratégias que possibilitem o equilíbrio das funções mentais é essencial para um convívio social mais saudável. Além de ser determinante para a estabilidade física, a saúde mental está relacionada com a qualidade da interação individual e coletiva (SILVESTRE; VANDENBERGHE, 2013).

Os transtornos mentais podem surgir por inúmeros e diversos fatores sociais, genéticos, psicológicos e ambientais, bem como ser influenciados por pressões socioeconômicas, colocando em risco a saúde mental individual e coletiva. Uma saúde mental debilitada também colabora para significativas alterações sociais e condições de trabalho precárias. Também acentua a exclusão social e expõe o indivíduo ao risco de violência em virtude da incapacidade mental de autodefesa (NOGUEIRA, 2017).

Conforme Lima (2010), a partir das novas descobertas do domínio da psicologia e da psicanálise, começou-se a perceber a importância do conhecimento da mente para maior compreensão dos dados biológicos e, simultaneamente, o valor dos conhecimentos antropológicos e físicos para compreensão de fenômenos psíquicos. Os modernos descobrimentos e fisiologia do cérebro e do sistema nervoso levaram a estabelecer experimentalmente algumas das causas e mecanismos da ação da mente e o estado de ânimo, as emoções e vice-versa.

Na atualidade, o ser humano tem apresentado uma saúde psíquica um tanto quanto superficial; conservam-se em seu íntimo coisas que condena por não estarem de acordo com os padrões sociais em que vive, e no seu particular acaba por reprimi-las. Inteligente e responsável por atos íntimos, o ser humano reprova muitas das suas atitudes e comportamentos, condena o agir e, conscientemente, sente-se deprimido; e o desgaste gerado nesse processo produz um perfil epidemiológico marcado pelas altas taxas de transtornos mentais (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018, p. 175).

É fato que a força de vontade, uma das mais preciosas e inalienáveis qualidades do ser humano, domina, influi, impõe e se assenhoreia das coisas, fatos e situações. Portanto, é preciso ter uma faculdade mental eminentemente consciente, que, aliada à ação, constitui o fundamento de todo e qualquer processo construtivo. Entretanto, é pelo grau de força de vontade que se conhece o grau de evolução e a força de vontade de um indivíduo, podendo variar de acordo com as tendências e características de cada um, sempre forte em alguns, média, fraca em outros, e até mesmo inexistente em muitas pessoas (BEZERRA *et al.*, 2015).

Nessa linha de pensamento, Soares (2015) considera que ter força de vontade é o mesmo que trabalhar infatigavelmente afastando obstáculos e barreiras que surgem pelo caminho sem se afastar dos objetivos a que se propõe; todavia, são necessários alguns conhecimentos para conseguir o desenvolvimento de força com adestramento e condicionamento do pensamento positivo. Entretanto, quando uma vontade é suficientemente desenvolvida em fato do pensamento positivo e condicionamento da mente, nota-se essa influência não necessariamente no ambiente, mas na pessoa que a desenvolve.

Em linhas gerais, isso significa ser senhor das ações com capacidade, controle e domínio. Todavia, é notório expressar que a vontade tanto pode consubstanciar tipos e formas de comportamentos como pode ser aplicada em função construtiva ou destrutiva, ligadas ao caráter individual de cada pessoa.

Do ponto de vista prático, a vontade pode ser vinculada ao que se pode chamar de genérico, mas relacionados com efeitos exteriores. Em outras palavras, a vontade deve ser associada ao magnetismo pessoal, à simpatia, que podem ampliar expectativas. A vontade interior, geralmente, é denominada de força de vontade, com indício de capacidade e um dos principais ativos da atividade consciente. Originando a liberdade de decisão, converge energia para uma determinada direção em busca de um efeito e consequência, certos de que certas circunstâncias têm o poder quase que absoluto (GIMENES JUNIOR, 2017).

Lembram Santos, Panhoca e Ortiz (2017) que a sensação positiva evidencia no indivíduo poderes interiores que podem e devem ser desenvolvidos em seu favor; e dentro do contexto de interesse e ideal, possa-se alcançar objetivos de fazer com que o poder da mente exerça domínio sobre o corpo. Esse domínio parte da mente, por meio da vontade a uma educação da vontade.

Para os autores supracitados, o pensamento é um fenômeno por demais poderoso para que não mereça os mais acurados estudos em conhecê-los; e como acontece com todas as coisas de grande força ou poder, existem duas alternativas principais diante das quais se faz necessária e obrigatória uma opção, a saber: ou se procura conhecê-las tirando proveito, ou pode-se ignorá-las ou sujeitar-se a imprevistos. De

forma ativa ou passiva, consciente ou inconsciente, seja qual for o caso, além de sua projeção interna, o pensamento projeta-se também para o exterior determinando a concretização de coisas e fatos.

Assim, a fortaleza individual de um ser humano vincula-se em força de uma atividade consciente refletidas no psiquismo e deste ao organismo, com capacidades de determinar sentimento e ações correlativas. Convém explicar que o comportamento sempre é equivalente à causa, e o pensamento é essa causa. Consciente que é, envolvendo ação e tendo o comportamento ou resultado como reação. Por isso, pensamentos negativos trazem reações negativas, inclusive por meio das ações; e o pensamento positivo, o inverso (MONTIEL *et al.*, 2014).

Por isso a importância de ter pensamentos positivos que possam ser exclusivamente construtivos e que possam conduzir e permitir ao ser humano usufruir o que de melhor a vida pode oferecer. Essa força mágica em questão pode levar o homem ao caminho natural para ascensão e para o progresso individual. Concomitantemente, pela sua natureza dinâmica, permite a operosidade individual sem desperdício de energia. Assim, entende-se que a positividade não tenha receio do negativo. Além de reconhecer e não temer o pensamento negativo, o positivo não fantasia, muito pelo contrário, procura encarar pelo prisma realista (SILVESTRE; VANDENBERGHE, 2013).

Neves (2020) diz que uma mente habituada ao pensamento positivo confere uma verdadeira fortaleza e resistência, de estimulação constante, mesmo com as fraquezas próprias do ser humano. Esse positivismo se torna vital ao se considerar o aperfeiçoamento como veículo de sugestão à atração por bons resultados além de que o indivíduo que se habitua ao pensamento positivo experimenta sempre uma grande e extraordinária transformação de vida. Uma vez constante e ininterrupto, acaba por ser a mola mestra do aperfeiçoamento da personalidade e do caráter. Entretanto, em casos depressivos, dificilmente uma pessoa sairá da depressão apenas tendo pensamentos positivos, uma vez que seu nível de energia se encontra rebaixado.

Para Silvestre e Vandenberghe (2013), os pensamentos negativos são ideias que acarretam resultados negativos. Entendem-se como: mal ou mau, imoral, destrutivo, desonesto, de má-fé, espírito de dolo, mentira, inidoneidade, falta de confiança em si, medo, cobiça, rancor, inveja, ilicitude, irresponsabilidade, preguiça, indolência, vícios, fraqueza de caráter, prepotência, desrespeito aos direitos alheios, entre muitos outros, tendo por característica básica a destruição, sempre direcionando para trás ou para baixo. Segundo os autores, nada pode construir de bom um pensamento negativo, e se algo constrói, é sempre mau, não possuindo nada de benefício. Geralmente, o portador de um caráter fraco gradativamente se torna enfraquecido, sendo esta sua tendência, abrindo portas para a depressão.

Zanon e Hutz (2010) discorrem sobre pensamentos negativos e os consideram como ruminatórios, pois a pessoa só consegue prever a derrota antes da batalha, sempre se queixa e não acredita em nada. Por sua própria natureza, o pensamento negativo e/ou de ruminação impõe limites à capacidade de raciocinar, obstando uma amplificação de suas perspectivas ou, pelo menos, dando-lhes condições de normalidade. A pessoa esquiva-se do positivismo e somente encara o lado negativo das coisas, ampliando-o e exagerando-o. Desse posto, o pensamento negativo se recusa a reconhecer essa condição, e condena seu possuidor a estacionar, descer ou retroceder.

Em relação ao organismo, Matos (2016) disserta que o pensamento negativo pode ser evidenciado tanto pelo ponto de vista físico quanto psíquico. De um lado, predispõe-se a doenças, diminuindo resistência; e de outro, inibe-o de tal forma que atenua ou incapacita a manifestação de elementos necessários à chegada de alguma meta, a saber: não posso; não vai dar certo; vai ser impossível. A fim de contribuir com o estudo, Medeiros e Sougey (2010) acusam como distorções de pensamentos mais prevalentes: a desesperança, a hipocondria, as ideias de fracasso e o desejo de morte.

Conforme a fala de Gontijo (2019), o pensamento negativo pode se manifestar de inúmeras formas, como a antipatia ou a necessidade sempre de culpar os outros pelos adventos de um fato ou de coisas negativas. Entretanto, arroga de si a virtude dos bons feitos ou eventos; sempre tem razão exclusiva, não partilhando com ninguém.

Seja como for o modo de resultado de se manifestar, sempre um único resultado: o mau. Compreende-se que toda a capacidade do indivíduo seja sufocada e impedida de plena manifestação. Dificilmente, uma pessoa com pensamentos negativos terá sucesso, pois permeia uma maneira habitual de pensar arraigada no inconsciente, estabelecendo seu próprio destino, podendo levar a uma escolha de objetivos análogos.

Nessa lógica, Matos (2016) diz que o pensamento negativo predispõe o corpo a doenças, como um pedido de doença, ou um impedimento ou retardo de cura. Conduz em facilidade de implantação e facilidade de manifestação de mente e sempre se sobrepõe ao pensamento positivo. Entretanto, faz-se necessário o combate ao pensamento negativo, pois sugere mau hábito. Por isso deve prevalecer a força de vontade.

Sendo assim, Pinho (2012), pensando nos diferentes problemas que podem aflorar por causa dos pensamentos, aponta que os principais aspectos a serem trabalhados na AB seriam: baixa autoestima; isolamento; culpa; raiva; desmotivação; sentimento de inferioridade; angustia; intolerância a frustrações; perfeccionismo/rigidez; narcisismo; perdas; identificação com pessoas deprimidas; não aceitação de si e da vida; sentimento de injustiça (vitimismo); carência/dependência; falta de fé/desesperança; ansiedade; pensamentos negativos; ressentimentos/mágoas; falta de sentido na vida; sentimento de rejeição/abandono/desamparo; obstrução do fluxo da energia vital e respiração inadequada. Nicoletti (2017) expõe como exemplo que, para combater o mau do século, a “depressão”, o indivíduo precisa aprender a se expressar, declarar o que está reprimido no inconsciente, pois alivia a tensão e permite ao corpo recuperar motilidade e aumentar sua vitalidade.

Para afugentar os episódios depressivos, a atividade física pode ser considerada como uma das melhores e excelente alternativas. Tanto que a tarefa terapêutica consiste em: recuperar a vitalidade do indivíduo; reaquecer o corpo; reanimar a sensibilidade. Todavia, a falta de equilíbrio, paradoxalmente, agravada pelo domínio do social e da produtividade da vida moderna, produz tudo menos que serenidade e equilíbrio. Muito pelo contrário, observam-se: agitação, superficialidade, excitação

constante, tensão elevada, acúmulo de obrigações e de dificuldades que evoluem para episódios depressivos (ALBUQUERQUE, 2017).

Na prática, em razão dos mais variados problemas, o ser humano pode suprimir voluntariamente sua existência no mundo, podendo carrear para o suicídio, tanto no sentido de eliminação da vida pela agressão direta no corpo quanto pela asfixia mental.

No processo autodestrutivo precedente e constante, como gesto final de destruição direta da vida vegetativa, o ser humano se destrói. É nesse contexto que são destacadas as teorias de Freud, em que são evidenciados dois instintos, duas forças antagônicas. Entretanto, os instintos de morte, quando considerados objetivamente, tanto no homem quanto nos animais, não se podem evidenciá-los em condições normais de experimentação. Aqueles que se suicidam, geralmente, o fazem justamente por não encontrar mais razão de existir – sendo essa perda do sentido da vida, normalmente, o resultado de desequilíbrio provocado pela agitação de nossa sociedade e pelo afastamento do ser humano de seu contato direto com a natureza (VIEIRA; SARAIVA; COUTINHO, 2010).

Considerando que os tempos atuais colaborem para indagações, os seres humanos, na visão de Cavaleiro e Tolfo (2011), são susceptíveis a cansaço e a episódios depressivos em torno de sua existência e na perda de interesse balizados pela cultura que os rodeia. Os autores carregam esforços para que se olhem em como fazer as coisas, como melhorá-las, sempre pela busca da sabedoria em por que, onde, como, e quando fazer, sendo necessário um espírito indagador e prescritor dominante em todas as situações.

A organização da saúde mental em rede, e articulada com a AB, configura-se como a porta de entrada, recepção e fonte primeira de atenção à saúde mental (DARÉ; CAPONI, 2017, p. 14). Giovanella (2018) explica que a concepção de APS em Alma-Ata contempla três componentes essenciais: acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social, reconhecendo-se os determinantes sociais; e participação social.

Essa concepção abrangente de APS perfez no movimento da medicina social latino-americana e cunhou como APS integral.

Conforme o Ministério da Saúde (2020), a atenção primária é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Wenceslau e Ortega (2015, p. 1123) ressaltam a importância da atenção primária na saúde mental, sendo destacadas sete principais razões para integração da saúde mental à atenção primária, a saber: a elevada carga de doença dos transtornos mentais; a conexão entre problemas de saúde física e mental; o enorme *gap* terapêutico dos transtornos mentais. Além disso, a atenção primária, em especial, oferece para a saúde mental: aumento do acesso, promoção dos direitos humanos neste campo; disponibilidade e custo-efetividade, e bons resultados clínicos.

No mesmo sentido, Gryscek e Pinto (2015, p. 3260) explicam a dimensão da Saúde Mental no Atendimento Básico, havendo muitas possibilidades de cuidados em saúde mental e na AB, sendo necessárias a “formação e a capacitação dos profissionais da Atenção Básica, a fim de superarem o conhecimento técnico, que envolve diagnóstico, uso de medicações, e que abranjam também habilidades de comunicação, capacidade de trabalhar num modelo ampliado de atenção e manejo de problemas psicossociais”. Essas ações por si só já fortalecem o acolhimento e o vínculo, trazendo benefícios na saúde mental.

Diante do exposto, diversas intervenções psicossociais podem ser realizadas, como o uso do relacionamento terapêutico, em que o profissional utiliza técnicas clínicas para estimular a introversão e mudanças comportamentais, o que pode ser relacionado com a Terapia Comunitária, que é uma forma de atuação em espaço público em que há uma ressignificação das relações, eliminando as hierarquias, e todos os participantes têm vez e voz, expondo-se como pessoas e reafirmando suas identidades, tendo como resultado a construção e o fortalecimento de relações, em

que se reconhece e se respeita a legitimidade de visão de mundo dos outros. Também acontecem os grupos terapêuticos, em que a relação com o coletivo é terapêutica e nos quais, por meio do compartilhamento de ideias e sentimentos, emerge um tratamento individualizado.

4 CAPÍTULO 2 — A HISTÓRIA E O NOVO MARCO NA SAÚDE MENTAL

Neste Capítulo, abordaram-se a história e o novo marco na saúde mental e os mecanismos de mudanças da política de saúde no Brasil. Como marco inicial, elegeram-se as discussões da reforma psiquiátrica, os movimentos e os debates que ocorreram na busca pela construção de uma saúde pública universal para os portadores de transtornos mentais, além dos serviços de saúde na atualidade, tendo por proposta apresentar as políticas públicas sociais em atenção à saúde mental no âmbito da AB aos portadores de Transtorno Depressivo, bem como os serviços de saúde existentes e a construção da rede de atenção e o papel estratégico dos CAPS.

4.1 CONHECENDO OS MECANISMOS DE MUDANÇAS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Na década de 1970, aconteceu no Brasil a reforma psiquiátrica por causa dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, principalmente, pela defesa da saúde coletiva e pela equidade na oferta dos serviços, culminando para a prestação de serviços de saúde e nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (MARINHO *et al.*, 2011).

É importante salientar a composição política e social da reforma psiquiátrica que, em sua complexidade, foi formada por diferentes atores, instituições, forças variadas de origens à territórios, em esfera federal, estadual e municipal, universidades, serviços de saúde, conselhos profissionais, associações de pessoas com transtornos mentais, familiares, movimentos sociais, nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Foi pensando nos direitos dos pacientes com problemas psiquiátricos que o movimento social, chamado de Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, engendrou na luta para protagonizar a construção de um novo período que envolvia o processo de assistência às pessoas com transtornos mentais. Movimento este que, em sua pluralidade, foi formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (ALVES, 2015).

Explica Mateus (2013, p. 15) que:

[...] as questões relacionadas à saúde mental se apresentam no contexto político e social brasileiro como um grande desafio na busca da garantia de direitos de cidadãos com transtornos mentais. Os avanços que acompanham as transformações na condução do cuidado em saúde mental também são desafios aos gestores, que são chamados a redirecionar o modelo de atenção e implantar uma série de recursos de saúde com potencial técnico para efetivar tal transformação. E, nessa perspectiva, mudar o modelo de atenção não se resume simplesmente à abertura de novos serviços.

De fato, a mudança ocorrida pela nova reforma psiquiátrica apresenta uma intervenção de repercussão nacional, demonstrando a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao modelo hospitalar. Por isso, são implantados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) com atendimentos ininterruptos, criação de cooperativas, residências para os egressos hospitalar e associações; e a criação do SUS pela Constituição Federal (CF) de 1988 favoreceu a formação articulada entre gestão federal, estadual e municipal, evidentemente, sob o poder do controle social, exercido por meio dos Conselhos Comunitários de Saúde (CCS) (BRASIL, 1988).

Nesse pressuposto, o propósito era a reintegração de usuários em instituições hospitalares psiquiátricas para serem tratados com mecanismos extra-hospitalares com objetivo de diminuir o número de internações; e atualmente são assistidos na Rede de Atenção Psicossocial. Compreende-se que a tentativa tenha sido de ofertar uma atenção diferenciada que possibilitasse a ruptura com os estigmas e estereótipos vinculados à doença mental. Fato ensejado pela criação de novos equipamentos sociais como os serviços substitutivos de acolhimento aos portadores de transtornos mentais, tais como Unidades Psiquiátricas (UP), CAPS, os quais buscam oferecer assistência paralela à reinserção do usuário à vida social, além dos Serviços Residenciais Terapêuticos (MACHADO, 2015). Assim, os hospitais psiquiátricos deixaram de ser a única referência no trato com a saúde mental.

Cabe frisar que tais mecanismos provocaram mudanças entre o que podemos citar como hospitalocêntrico e rede extra-hospitalar com a progressiva diminuição de leitos psiquiátricos e o aumento do número de serviços substitutivos no País, que se expande e fortalece a rede de atenção extra-hospitalar, as quais incluem ações em saúde mental na AB, cujo objetivo é a promoção dos direitos de usuários e familiares

incentivando a participação no cuidado, como o apoio da Atenção Básica em Saúde Mental (ABSM) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o último tornando-se um forte instrumento, visando apoiar as ações das Unidades de Saúde da Família no atendimento às comunidades (MATEUS, 2013).

Com a Lei Federal nº 10.216/2001, é redirecionada a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001). Diante disso, pode-se dizer que, apesar dos obstáculos que ainda persistem no campo da saúde mental, a reforma psiquiátrica apresenta-se de forma bem sólida, sendo uma realidade em construção em que se tem buscado avançar em princípios que visam assistir não somente os portadores de transtornos mentais, mas também diversas patologias.

Autores como Amarante e Nunes (2018, p. 2068) apresentam um estudo com o percurso histórico e epistemológico da construção das políticas públicas de saúde mental e atenção psicossocial a partir do SUS e asseveram que:

As políticas de saúde mental (SM) e atenção psicossocial (AP) no SUS têm relação direta com a ideia-proposta-projeto-movimento-processo da reforma sanitária e com a conjuntura da transição democrática e, conseqüentemente, com a construção do próprio estado democrático. Mas guardam algumas singularidades.

França (2021) realizou uma entrevista com o médico psiquiatra Humberto Costa para a Agência Senado em 6 de abril de 2021, em que faz um balanço do que significou a reforma psiquiátrica no Brasil, dizendo que foi de grande avanço, pois além de ser reconhecida internacionalmente, a reforma rendeu frutos. Destaca-se, atualmente, um sistema na área de atenção à saúde mental inclusivo, que segundo o médico, “respeita os direitos e as garantias individuais, referenciado na ciência.”.

Sobre a política de saúde mental, Almeida (2019, p. 01) destaca os objetivos de “prevenção dos transtornos mentais, atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e estratégias contra as dependências de álcool e outras drogas”, e na atual política de saúde mental do Brasil observa-se algumas limitações quanto a dificuldade de interpretação de casos de forma externa, sendo necessário a introdução

de uma política de saúde mental de acesso, a fim de “tornar a rede assistencial mais acessível, eficaz, resolutiva e humanizada”.

Todavia, há de se discutir que todos os esforços deverão ser empreendidos para a construção de consenso, que permita a continuidade dos progressos já alcançados em base legal de saúde mental e nas recomendações técnico-científicas das organizações internacionais competentes.

4.2 ATENÇÃO BÁSICA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A APS, também conhecida como AB e/ou considerada como estratégia de atenção à saúde, responde de forma regionalizada, contínua e sistematizada em relação às necessidades de saúde. No entanto, também incorpora os princípios da reforma sanitária e do SUS em designação a Atenção Básica à Saúde (ABS), nesse caso, enfatiza-se o sistema universal e integral à atenção à saúde, como universalidade, integralidade e equidade.

Desse modo, a atenção primária pode ser definida como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

A Organização Pan-Americana da Saúde (2011) nos lembra que a AB envolve organização, gestão em equipe, constituindo um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no SUS; e o trabalho em equipe inclui finalidade, objetivos e projeções de resultados que visam satisfazer necessidades e expectativas, conforme sua organização social, em dado momento histórico.

No processo dinâmico da atenção em saúde, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, ao aprovar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para as EqSF e o

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), além de evidenciar os fundamentos e funções na Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como as responsabilidades comuns a todas as esferas de governo, as quais incluem as competências do Ministério da Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal, a infraestrutura e funcionamento da AB e Educação Permanente das equipes de AB (BRASIL, 2011b, p. 13).

De acordo com a PNAB, a AB é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas; e ela deve ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a RAS. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Entretanto, a nova redação da PNAB nº 2.436/2017 estabelece a revisão de diretrizes para a organização da AB, no âmbito do SUS; e o texto traz a contento a revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente AB na RAS (BRASIL, 2017b).

Nesse caminho, o modelo de AB apresenta um conjunto de ações, tais como promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção, a ser desenvolvido por meio de práticas realizadas por equipes que assumam a responsabilidade sanitária, tendo em conta a dinâmica territorial em que é implantada, além da necessidade de oferta medicamentosa como estratégia de cuidado e tratamento para pacientes diagnosticados com os mais diversos tipos de transtornos, nesse caso específico aqui representado, o Transtorno Depressivo (VECCHIA, 2012; DARÉ; CAPONI, 2017).

Segundo Daré e Caponi (2017, p. 17), a “atenção primária é apresentada como local de recepção dos indivíduos em sofrimento mental e um espaço rico de possibilidades capazes de gerar mudança nos modos de vida destes indivíduos”. De acordo com os autores, as estratégias de cuidado aos indivíduos com diagnóstico de Transtorno Depressivo seguem o mesmo fluxo da demanda de outras formas de sofrimento

mental. Afirmam Souza e Fraga (2011) que a ampliação dos serviços substitutivos ao hospitalar e a criação de políticas de assistência ao indivíduo em sofrimento mental, voltadas à atenção primária, deram lugar de destaque para trabalhos grupais.

É importante destacar que a atenção em saúde mental é oferecida no SUS, por meio de financiamento tripartite, ou seja, com recursos provenientes da União, dos estados e dos municípios, e organizada por níveis de complexidade, com a implantação do Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011a). Almeida (2019) destaca o processo de desinstitucionalização como planejado e progressivo e indiscutíveis seu alcance.

Todavia, o estudo de Neves e Machado (2019) traz em questão a nova proposta de repasse de recursos aos municípios, em que é preciso considerar o número de usuários cadastrados nas equipes de saúde e o desempenho das unidades, com destaque para o ano de 2020.

Sobre os retrocessos da política de saúde mental é explicada por Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) como os primeiros efeitos das mudanças na Rede de Atenção Psicossocial, com o incentivo à internação psiquiátrica e ao financiamento de comunidades terapêuticas, ações essas fundamentadas em uma abordagem proibicionista das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.

Como afirmam os autores supracitados, entre os meses de dezembro de 2016 a maio de 2019, “[...] foram editados cerca de quinze documentos normativos, dentre portarias, resoluções, decretos e editais, chamada de Nova Política Nacional de Saúde Mental” (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2019, p. 01). Sendo as mudanças propostas sustentada pela a lei 10.216/2001(BRASIL, 2001) e consideradas como retrocesso na política de saúde mental, por não se sustentarem em fundamentação e argumentação teórico-científica.

4.3 A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO E O PAPEL ESTRATÉGICO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Rede de Atenção Psicossocial (RAS) brasileira é parte integrante do SUS, uma rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por lei federal

na década de 1990. O SUS regula e organiza, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, e em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 2004).

O princípio de controle social do SUS merece destaque na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva; e a construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental na assistência do paciente com Transtorno Mental.

Cabe salientar que, para a organização de uma rede de cuidado, a noção de território é especialmente orientadora, pois o território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários, nos quais se dão a vida comunitária. A ideia do território, como organizador da RAS, deve orientar as ações de todos os seus equipamentos.

No que se refere aos CAPS, estes possuem dispositivos de atenção à saúde mental, na qual demonstra a possibilidade de organização de uma rede substitutiva à hospitalar, tendo por função prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim internações hospitalares; promovem a inserção social das pessoas com transtornos mentais mediante ações intersetoriais; regularizam a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, além de dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica nos municípios (BRASIL 2004).

No exposto, salienta-se no município de Presidente Kennedy-ES a inexistência de um CAPS para atender pessoas com transtornos mentais, por isso a necessidade de a população procurar na AB a ajuda de que precisa. Embora o maior desafio atualmente, não seja apenas o Transtorno Depressivo, mas outros tipos de transtornos mentais, tais como a droga, álcool etc., o que se tem de concreto nessa atenção por parte do SUS é o trabalho de forma interdisciplinar e a construção de estratégias de enfrentamento.

Sobre a questão de atendimentos desse público-alvo, de acordo com a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA, 2018, p. 20-21), “aproximadamente uma

em cada cinco pessoas atendidas na Atenção Primária à Saúde tem um ou mais transtornos mentais ou comportamental”, sendo os mais comuns: depressão, ansiedade e transtornos devido ao uso de substância psicoativa, podendo estar relacionados com variados fatores.

Dado o exposto, Aragão e outros (2018, p. 2339) discorrem que a rede de apoio tem sido considerada como um agente protetor da saúde em seu aspecto físico, mental e psicológico, proporcionando melhor qualidade de vida, favorecendo adaptação às condições adversas, promovendo resiliência e mobilização de recursos no enfrentamento de eventos de vida negativos que podem levar ao adoecimento.

De acordo com Helena, Lasagno e Vieira (2010), os problemas de saúde mental são comuns na AB e diversos, sendo a via de acesso das pessoas o sistema de saúde. Nas palavras de Correia, Barros e Colvero (2011), o SUS contribuiu para a consolidação da reforma no campo da psiquiatria, principalmente, no que diz respeito à reorientação de práticas antes executadas por profissionais da saúde, profissionais estes atuantes na AB ao atenderem usuários com necessidades do campo da saúde mental.

Destarte, Correia, Barros e Colvero (2011) discursam que as ações de saúde mental na AB não apresentam uniformidade em sua execução e ficam na dependência do profissional ou da decisão política do gestor, indicando que os profissionais devem apropriar-se de novas práticas para desenvolverem uma assistência integral. Por isso, as ações de saúde mental na AB devem fundamentar-se nos princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. Na visão de Braga e D'Oliveira (2019), a saúde mental na AB é uma ação recente que preenche uma lacuna na assistência à população com sofrimento psíquico.

Ampliando a possibilidade dessas ações no campo da saúde mental e da AB, Souza e Rivera (2010) pontuam que as ações estão cada vez mais implementadas e direcionadas em nível da territorialidade. Tal direcionamento proporciona a ampliação da assistência psicossocial e do cuidado, com respeito e comprometimento da atenção.

Tais ações de cuidado no campo da saúde mental na AB implicam a concepção que os profissionais de saúde têm quanto ao trabalho que executam, e o que entendem sobre saúde mental, levando em conta a experiência deles (AOSANI; NUNES, 2013). É o que confirma o estudo de Braga e D'Oliveira (2019) ao descreverem como importante o desenvolvimento e a criação de novas políticas públicas, práticas, saberes e modos relacionados com a experiência dos profissionais.

De acordo com o Ministério da Saúde, toda a atenção aos portadores de transtornos mentais tem por pleno o exercício de cidadania, e não somente o controle de sintomas. Contudo, para isso, faz-se necessária a formação de redes com outras políticas, tais como: educação, moradia, trabalho, cultura etc., o que certamente implica desafios (BRASIL, 2013).

No exposto, o estudo de Chiaverini (2011) traz as ações que podem ser realizadas por profissionais de saúde no âmbito da AB, as quais podem incluir: proporcionar ao usuário um momento para pensar/refletir, exercer boa comunicação, exercitar a habilidade da empatia, lembrar-se de escutar o que o usuário precisa dizer, acolher o usuário e suas queixas emocionais como legítimas, oferecer suporte proporcional as necessidades, e que não torne o usuário dependente nem gere no profissional sobrecarga, além de reconhecer os modelos de entendimento do usuário.

Tanto que Chiaverini (2011) discorre que a:

Saúde Mental e Atenção Básica são campos que convergem a um objeto comum e o que está em jogo em ambos é a superação das limitações da visão dualista do homem, a construção de um novo modelo dinâmico, complexo e não reducionista e a orientação para novas formas de prática na área de Saúde (CHIAVERINI, 2011, p. 29).

No exposto, cabe salientar a importância que os profissionais de saúde têm na prestação do cuidado com pacientes com transtornos mentais, cujo trabalho envolve garantir a participação da família para assistir o paciente, principalmente, no que diz respeito a seguir a terapêutica, bem como estimular a participação mais assídua dos familiares em reuniões para que dúvidas possam ser sanadas.

Cabe aqui enfatizar a importância de estabelecer uma política de saúde mental; e conforme Almeida (2019), o Brasil conquistou esse lugar de destaque em esfera global e reconhecido internacionalmente ao estabelecer uma política nacional de saúde mental, mas, apesar dos progressos alcançados na saúde mental, ainda existem diversos desafios a serem vencidos.

Na procura em identificar os casos diagnosticados de Transtorno Depressivo no âmbito da AB de Presidente Kennedy, apresentam-se, no Capítulo 3, seus delineamentos acerca do tema, os quais procedem expor em linhas gerais todo entendimento adquirido com as leituras teóricas e buscas nos prontuários e registros dos usuários atendidos nas UBS pelos profissionais de saúde psicólogos e médico psiquiatra entre 2019 e 2020.

5 CAPÍTULO 3 — ANÁLISE INTERPRETATIVA AO ENFRENTAMENTO DO TRANSTORNO DEPRESSIVO: DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO ÀS ESTRATÉGIAS DE CUIDADOS

Neste Capítulo, são apresentadas a descrição e as análises dos dados secundários da pesquisa realizada. Foi elaborado um roteiro de coleta de dados para facilitar as buscas sobre transtornos mentais afuniladas para o Transtorno Depressivo no município de Presidente Kennedy-ES.

O Capítulo foi construído baseado nas informações reunidas por meio do roteiro de coleta de dados, e o primeiro aspecto a ser apresentado envolve a apresentação do Plano Municipal de Saúde de Presidente Kennedy-ES. Dessa forma, a pesquisa é direcionada para a análise interpretativa quanto ao enfrentamento e da importância das políticas públicas de atenção às estratégias de cuidados em saúde mental no âmbito da Atenção Básica, evidenciando a ESF e as UBS constituídas no atendimento as pessoas com Transtornos Depressivos.

5.1 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA: ANÁLISE DE DADOS SECUNDÁRIOS

A estrutura e a apresentação da pesquisa foram organizadas, agrupadas e subdivididas em sessões, cujo objetivo principal foi caracterizar as políticas de saúde implementadas no município de Presidente Kennedy-ES para o tratamento de pessoas com Transtorno Depressivo.

A Secretaria Municipal de Saúde de Presidente Kennedy, no ano de 2017, elaborou seu Plano Municipal de Saúde, que além de ter sido devidamente aprovado, apresenta uma vigência que se iniciou no ano de 2018 com previsão de finalização no ano de 2021. Nota-se que o presente “Plano” foi marcado pela adoção de diversas metas relacionadas com a saúde pública mental.

Conforme se observa no que o próprio Plano Municipal de Saúde determina, apresenta repercussões nas mais diversas cearas, em que:

[...] apresenta as diretrizes de gestão de saúde a serem desenvolvidas no período de 2018 a 2021, baseado nas Portarias Ministeriais nº3085/2006, nº3332/2006 e nº3179/2008 que norteiam o sistema de planejamento do SUS. O Plano Municipal de Saúde tem por finalidade apoiar a gestão na

condução do SUS no âmbito de sua competência territorial visando alcançar a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do sistema. O Plano de saúde como instrumento básico do sistema de planejamento do SUS norteia a definição da Programação Anual das Ações e Serviços de Saúde prestados, tendo resultados consolidados e avaliados nos Relatórios Anuais de Gestão com efetiva participação do controle social através do Conselho Municipal de Saúde e das Conferências Municipais de Saúde, além de orientar o Plano Plurianual (PPA), Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA). (PRESIDENTE KENNEDY, 2019, p. 6).

Nesse sentido, o Plano Municipal de Saúde apresenta diversos pontos, tendo por definição todo o conjunto de decisões a serem tomadas para que possa ser possível o alcance dos objetivos predefinidos em um planejamento, fato que, evidentemente, acaba por ser notavelmente percebido. Tal instrumento, embora simples, representa uma ferramenta no desenvolvimento da saúde pública mental na sociedade, tendo em vista sua organização direcionada e todas as ações voltadas para seu desenvolvimento e aplicabilidade.

Com a implementação do Plano Municipal de Saúde, tem-se por objetivo a garantia de uma saúde de qualidade para a população por meio da organização dos serviços prestados, reduzindo tempo de resposta no atendimento das necessidades, buscando a promoção e a prevenção da saúde, aumentando a resolubilidade dos serviços, sendo um dos objetivos específicos a implementação da Rede de Atenção Psicossocial.

Dessa forma, o Plano Municipal de Saúde traz em seu texto a Rede de Saúde Mental, que tem por ação a garantia do acesso ao atendimento, internação e reabilitação em dependência química, cuja meta consiste em garantir a internação dos usuários dependentes químico, com indicação médica circunstanciada após esgotamento dos serviços extra-hospitalares. Tem-se como indicador o percentual de paciente atendidos (PRESIDENTE KENNEDY, 2018/2021).

A operacionalização do Plano Municipal de Saúde no município de Presidente Kennedy-ES se dá por Programação Plurianual e constitui-se como instrumento de gestão que demonstra a operacionalização no quadriênio das ações e das metas, mas poderá ser expressa em metas anuais na Programação Anual de Saúde (PAS), explicitando quais compromissos serão cumpridos no decorrer de cada ano.

Levando em consideração o sexo e a faixa etária de adolescentes adultos jovens entre 12 e 24 anos, Presidente Kennedy apontou, conforme o Plano Municipal de Saúde 2018/2021, nos registros com estimativas referentes às idades entre 10 e 24 anos, um quantitativo de 2.847, sendo 1.480 do sexo masculino e 1.367 do feminino no ano de 2015 (PRESIDENTE KENNEDY, 2021, p. 11).

Para o entendimento em nível de busca por informação, como proposta na realização desta pesquisa, consideraram-se as informações do Plano Municipal de Saúde 2018/2021, nas quais é apresentado o maior número do sexo masculino, sendo a faixa etária entre 15 e 19 anos a mais evidenciada.

Constataram-se no Plano Municipal de Saúde 2018/2021 por faixa etária segundo causas capítulos, entre 2012 e 2016, um óbito por transtornos mentais e comportamentais, e nove óbitos por causas externas, inclusive suicídio, totalizando dez óbitos.

No exposto, extraíram-se as informações no sistema do DATASUS referentes a óbitos por residência, na faixa etária entre 10 e 24 anos, constatando-se 1 óbito entre 10 e 14 anos, 2 entre 15 e 19 anos e 5 entre 20 e 29 anos, totalizando 8 pessoas que foram a óbito. Nos registros de óbitos por ocorrência, na faixa etária entre 15 e 19 anos foram 2, e entre 20 e 29 anos, 1; e somando-se 3 pessoas. No geral, somou-se um quantitativo de 11 pessoas que foram a óbito por transtornos mentais, incluídos nessa contagem os transtornos do humor (afetivos) (DATASUS, 2019).

Barbosa e Teixeira (2021) advertem o suicídio como a terceira maior causa de morte, estando a faixa etária de maior incidência a de 15 a 29 anos. Ademais, na análise, fica evidenciado que, se comparadas as faixas etárias dos anos analisados entre 2012, 2016 e 2019, constata-se um aumento muito elevado de óbitos envolvendo violências externas em que são incluídos o suicídio e os transtornos mentais e comportamentais, incluídos os transtornos de humor (afetivo).

Na busca em compreender o Transtorno Depressivo e suas consequências, buscou-se saber o número de óbitos no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em que se constataram 32 óbitos por ocorrência e 87 por residência, conforme Capítulo CID-10 no município de Presidente Kennedy-ES, entre os quais estão incluídos os óbitos por transtornos do humor (afetivos) (DATASUS, 2019).

Compreende-se que a taxa de mortalidade pode sofrer influência estrutural envolvendo a população em referência à idade e, também, ao sexo, podendo estar associadas às condições socioeconômicas reduzidas e/ou aumento da população em idade senil entre outras diversas. Entre os diversos tipos de influência, Gonçalves, Gonçalves e Oliveira Júnior (2011, p. 282) consideram que a “volatilidade na renda ocasionada pelas crises econômicas influencia diretamente o aumento da taxa de suicídio.”.

Em Presidente Kennedy, na lista de morbidades conforme Capítulo CID-10 por meio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) de 2017, entre 2012 e 2016, tanto em nível ambulatorial, hospitalar quanto de urgências/ emergências, registra-se o quantitativo de 216 pessoas com registros de transtornos mentais, envolvendo também outros tipos de transtornos, como os transtornos de humor (afetivos), foco de nossa pesquisa, com 21 casos, que estão evidenciados na Tabela 2.

Tabela 2 – Plano Municipal de Saúde 2018/2021: morbidade ambulatorial, hospitalar e das urgências/emergências, por lista morbidade CID-10, entre 2012 e 2016

Lista MORB CID-10	2012	2013	2014	2015	2016	Total
V. Transtornos mentais e comportamentais	22	38	23	13	12	108
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso álcool	2	11	5	2	-	20
Transtornos mentais comportamentais devido uso outras substâncias psicoativas	7	4	5	2	-	18
Esquizofrenia transtornos esquizotípicos e delirante	9	13	9	4	7	42
Transtornos de humor [afetivos]	3	6	4	4	4	21
Transtornos neuróticos e relacionados com stress somatoforme	-	1	-	-	1	2
Outros transtornos mentais e comportamentais	1	3	-	1	-	5
Total	-	-	-	-	-	216

Fonte: elaborado pela autora a partir dos dados do a partir do Plano Municipal de Saúde 2018/2021, p. 24.

Considerando a lista de morbidade conforme CID-10, o Plano Municipal de Saúde 2018/2021 retrata, entre os diversos transtornos mentais, o Capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais com representação do CID-10 (F00 – F99). Todavia, por critério de realização desta pesquisa, levaram-se em conta os transtornos do humor

(afetivos), descritos com o CID-10 F30 – F39, tal qual o F32 – Episódios depressivos, F320 – Episódio depressivo leve, F321 – Episódio depressivo moderado, F322 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos, F323 – Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos, F328 – Outros episódios depressivos, apresentando um total de 21 na lista de morbidade no período analisado.

Diante do número de óbitos incluídos nessa contagem, os diversos transtornos mentais e, principalmente, os transtornos de humor (afetivo), a Prefeitura de Presidente Kennedy, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e Unidade de Atenção Psicossocial, realizou, no dia 14 de setembro de 2021, o 1º Fórum de Prevenção ao Suicídio do município, uma programação que faz parte da campanha Setembro Amarelo, por considerarem a importância do tema, e ainda considerada um tabu (PRESIDENTE KENNEDY, 2021).

Importa salientar a importância da AB e da ESF, principalmente na organização da rede de saúde do município como ferramenta de organização assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas UBS. Equipes estas que são responsáveis pelo acompanhamento de famílias residentes em uma área geográfica delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade adscrita, principalmente na resolução de problemas.

Cabe expor a importância da AB por intermédio da ESF no atendimento e acompanhamento da população, no transporte sanitário, na Atenção à Saúde em Média e Alta Complexidade, laboratório, Assistência Farmacêutica, Pronto Atendimento Municipal, Atenção Fisioterápica na Atenção Primária e Média Complexidade, Vigilância em Saúde Sanitária, Epidemiológica, Ambiental, Saúde do Trabalhador, Gestão de Saúde, Instrumentos de Planejamento, Controle e Avaliação, financiamento, Participação Popular e Controle Social. De acordo com Cintra e Bernardo (2017), é de suma importância o trabalho dos multiprofissionais na saúde pública e na saúde mental, assumindo, muitas vezes, um contexto de trabalho talvez desconhecido na prática, mas na realidade condizente em contribuir com os usuários do sistema de saúde e com a comunidade, portanto, um trabalho de relevância.

Todavia, compreende-se que são muitos os entraves e as dificuldades impostos na assistência ao portador de Transtorno Depressivo, esteja na saúde ou no âmbito da AB; e muitas vezes pela falta de um local adequado para realização de práticas com os pacientes, ou pela falta de credibilidade por parte dos pacientes, o que não melhora a condição do paciente depressivo, uma vez que se faz necessária sua interação para que possa melhorar. Outrossim, para haver um retorno dos trabalhos prestados, um *feedback*, Amaral, Gonçalves e Serpa (2012) e Vannucchi (2011) asseveram como necessária a inserção dos profissionais de saúde no âmbito da AB, de fato, na comunidade, ou seja, no cotidiano dos moradores, a fim de compreender suas dinâmicas de maneira profunda e com comprometimento.

Sobre as Diretrizes/eixos estratégicos de atenção à saúde do município de Presidente Kennedy-ES, compõem a Linha de Cuidado (LC), voltados a orientar o planejamento e as atividades da Secretaria Municipal de Saúde para os exercícios de 2018 a 2021, tais como: Ações Estratégicas de Atenção Básica à Saúde, de Atenção à Média e Alta Complexidade de Saúde, Ações Estratégicas de Atenção à Assistência Farmacêutica, Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde, Ações Estratégicas de Gestão do SUS.

No que tange à ABS no município de Presidente Kennedy-ES, no que diz respeito ao enfrentamento das Causas Externas de Morbidade e Mortalidade, tem-se como meta o desenvolvimento de campanhas intersetoriais de prevenção às causas externas de adoecimento e morte de doenças e agravos não transmissíveis, além da elaboração e da prestação do atendimento integrado para pessoas em situação de risco para violência, famílias e ao agressor, consolidando parcerias. Compreende-se que a Gestão em Saúde visa garantir o planejamento, o subsídio, o investimento, o financiamento, a assistência, o controle e a avaliação de toda rede de serviços de saúde instalados e regulados no município (PRESIDENTE KENNEDY, 2018/2021, p. 94).

A construção de uma rede comunitária de cuidados, com atendimento as pessoas com transtornos depressivos, pode corroborar para a promoção da saúde mental e minimização de estigmas dos mesmos, podendo contribuir efetivamente nas políticas

sociais, além de que poderão garantir ganhos aquisição de eficiência, qualidade, equidade, integralidade e melhoria no quadro da saúde da população.

A implantação da Rede de Saúde Mental no município de Presidente Kennedy-ES condiz, enquanto meta, implantar e manter a Equipe de Referência em Saúde, qualificar 100% dos profissionais da equipe, realizar fórum anual em saúde mental, capacitar técnicos da AB, Pronto Atendimento Municipal, fluxo de serviços em Saúde Mental, serviços referenciados para outros territórios, grupo intersetorial para fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, em ações de matriciamento² pela equipe referência em saúde mental; e, posteriormente, com a equipes do CAPS juntamente com as equipes da AB (ESF), manter protocolo de atendimento às urgências e emergências em saúde mental, e após as internações dos usuários/dependentes químicos e de transtornos mentais, implantar e manter o CAPS, fornecer parceria de educação em Saúde e Cuidados em Saúde, implantar a política municipal de enfrentamento das drogas e estabelecimento de referência específica para atendimento de crianças e a adolescentes na rede de saúde mental.

No contexto, a Rede de Saúde Mental visa garantir acesso ao atendimento, internação e reabilitação em dependência, além da garantia da internação dos usuários e dependentes químicos, com indicação médica circunstanciada após esgotamento dos serviços extra-hospitalares. Tal qual para o enfrentamento de causas externas de morbidade e mortalidade, a meta consiste em desenvolver campanhas intersetoriais de prevenção às causas externas de adoecimento e morte (DANT), bem como elaborar e manter o fluxo de atendimento integrado para pessoas em situação de risco para violência, às famílias e ao agressor, consolidando parcerias.

Para a organização dessa rede, a noção de território é especialmente orientadora, pois o território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas também das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. A ideia do território, como organizador da Rede de Atenção Psicossocial que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos. Fica a compreensão do

² Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.

papel estratégico dos CAPS, que, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a reforma psiquiátrica brasileira. É o surgimento desses serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospitalar psiquiátrico no País (BRASIL, 2004).

A função dos CAPS, portanto, envolve prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É de responsabilidade dos CAPS essa função de organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Cabe aqui expor as diferenciações dos CAPS, pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida, os quais se organizam no País de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, esses serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad – cabendo ao gestor local articular com as outras instâncias de gestão do SUS as condições adequadas para definir os equipamentos que melhor respondem às demandas de saúde mental de seu município.

Em decorrência da imperiosa necessidade de instituição de novas política públicas voltadas a ações de tratamento e até mesmo acolhimento de pessoas que estejam sofrendo por moléstias de natureza mental, o poder público, atuando nas esferas federais, estaduais e municipais, tem realizado a incorporação aos planos de saúde municipais, objetivos e metas que visem ao desenvolvimento de tais fatores.

Ressalta-se como necessário informar uma limitação na busca de informações sobre os transtornos do humor (afetivo), foco de nossa pesquisa, o Transtorno Depressivo, devido ao registro no Plano Municipal de Saúde 2017/2018 como transtornos mentais e comportamentais e outros transtornos, de igual forma sobre os óbitos por causas externas envolvendo acidentes, homicídios e suicídios.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos diferentes artigos citados acima, observa-se que, entre os transtornos mentais, o Transtorno Depressivo representa um problema de saúde pública mundial, principalmente, por ser o mais prevalente no meio social e responsável pela morbimortalidade de inúmeras pessoas, além de custos crescentes, sendo um desafio na saúde pública.

De fato, com a pesquisa, evidencia-se a depressão caracterizada pela perda ou diminuição de interesse e prazer pela vida, a qual gera angústia e prostração, algumas vezes sem um motivo aparente, podendo culminar para o suicídio. Todavia, apesar do comprometimento da ESF em estabelecer metas de assistência e acompanhamento da pessoa com depressão, ficam evidentes, com a pesquisa, as questões que precisam ser levadas em conta pela equipe de saúde mental ao conduzir a pessoa com Transtorno Depressivo, e a necessidade de ser implementada na prática a continuidade tanto de orientação quanto de assistência.

Em se tratando de Transtorno Depressivo, o que pôde ser observado foi a difícil tarefa em saúde mental de lidar com a depressão, além dos aspectos que incorrem para o papel estratégico dos CAPS, para que se possa realizar uma assistência eficiente. De fato, as famílias são de suma importância para a contribuição de atenuar a depressão.

Fica evidente que as políticas públicas em saúde mental podem e devem ser implementadas a fim de minorar os efeitos negativos em pessoas que apresentam quadro de Transtorno Depressivo. Todavia, o que se constatou no município de Presidente Kennedy-ES foi a falta de políticas públicas que contemplem assistir pessoas com Transtorno Depressivo de maneira contínua, principalmente, pela falta de um CAPS no município.

Compreende-se que, caso houvesse a implantação de um CAPS em Presidente Kennedy, a promoção à saúde da pessoa que desenvolve Transtorno Depressivo, além de outros transtornos mentais, seria amparada pelo desenvolvimento de um trabalho com as famílias e a articulação com serviços de saúde e de assistência social, a fim de assegurar e assistir o paciente em seu território, o que, certamente, conferiria

positividade, principalmente, pelo fato de o CAPS II atender maiores de 18 anos que apresentam transtornos mentais leves, moderados ou graves; o CAPSad que realiza atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas; e o CAPSi pela oferta de atendimento para crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais, além da promoção e orientação dos familiares.

Entende-se que seria oportuna a criação de um CAPS para amparo e assistência às pessoas que desenvolvem não somente o Transtorno Depressivo, mas todas as outras patologias que estejam vinculadas à saúde mental. Que a atenção e a atuação das equipes de saúde sejam capazes de melhorar e prevenir os desdobramentos que advêm do transtorno depressivo.

Fica o registro enquanto análise do Plano Municipal de Saúde 2018/2021 em relação ao sexo e faixa etária de adolescentes adultos jovens entre 10 e 24 anos, maior número do sexo masculino e a faixa etária entre 15 e 19 anos a mais evidenciada, além de expressão numérica entre 2012 e 2016 de dez óbitos.

Por meio da base de dados do DATASUS, constataram-se, entre as faixas etárias, 8 óbitos por residência e 3 por ocorrência, um total de 11 pessoas que foram a óbito, podendo estar ligados às violências externas que incluem o suicídio, bem como os transtornos mentais e comportamentais, incluindo os transtornos de humor (afetivo).

No que tange ao Capítulo CID-10, foi maior o número de óbitos por residência e região de saúde, 87 no município de Presidente Kennedy-ES. A lista de morbidades conforme Capítulo CID-10, entre 2012 e 2016, foi de 216 pessoas com transtornos mentais; e transtornos de humor (afetivos) foram 21.

Ao serem discutidas as melhorias nas políticas públicas para prevenir e/ou tratar as pessoas vítimas do Transtorno Depressivo, levam-se em conta a organização de uma rede de cuidado e a noção de território, a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários, nos quais se dão a vida comunitária.

Uma vez determinadas as ações específicas utilizadas no âmbito da AB para assistir pessoas com Transtorno Depressivo, confere a explanação das diretrizes e eixos estratégicos de atenção à saúde que compõem a Linha de Cuidado (LC), envolvendo Ações Estratégicas de Atenção Básica à Saúde, de Atenção à Média e Alta Complexidade de Saúde, Ações Estratégicas de Atenção à Assistência Farmacêutica, Ações Estratégicas de Vigilância em Saúde, além de Ações Estratégicas de Gestão do SUS.

Na descrição das práticas assistenciais que podem ser utilizadas e consideradas de apoio às pessoas com quadro de Transtorno Depressivo, caberia, no âmbito da AB, orientar o paciente quanto ao cuidado consigo mesmo, mudança de hábitos, prática de exercícios físicos, lidar com o estresse, compartilhamento de problemas, atividade integrativa e leitura. No exposto, são práticas que podem favorecer a composição de pensamentos positivos.

Quanto à limitação da pesquisa, ficou evidenciado que um dos maiores entraves reside na excessiva fragmentação dos quadros clínicos de transtornos mentais e da superposição dos sintomas, além da superação da visão dualista enquanto saúde mental e AB, além da falta de infraestrutura, diga-se de um CAPS, no município de Presidente Kennedy-ES no qual a pessoa com Transtorno Depressivo possa ser assistida. Também a falta de separação do que seriam dados sobre Transtornos Depressivos de Transtornos Comportamentais, sendo que são diferentes tipos de transtornos, de igual forma, sobre óbitos de causas externas envolvendo acidentes, homicídios e suicídios.

No que tange aos limites impostos pela pandemia, ressalta-se que, as pessoas que sofrem de transtornos mentais, e que já estavam em situação de isolamento por conta dos temores de danos que poderiam ser causados em função da impossibilidade de comportamento em relação aos outros membros de seu espaço de convivência, o isolamento social imposto pela pandemia agravou o quadro, e o afastamento também acabou alterando em gênero, número e grau o contado dos profissionais de saúde. Pois, se a pessoa não tem condições de administrar as suas atitudes por conta de transtornos motivados pelo afastamento ou pela incompreensão da mesma, a pandemia impõe o isolamento social que agudiza os problemas já constatados ou

diagnosticados, pois em maior ou menor intensidade toda a população acaba sofrendo os efeitos impactantes na saúde mental de todos.

Cabe ressaltar que além dos pacientes diagnosticados, entidades de pesquisa levantaram dados que comprovam que um terço da população acabou sendo vitimada pelos danos colaterais de prevenção à pandemia. Se o que antes poderia ser tratado com intensividade, agora com o quadro exponencialmente aumentado deverá ser encarado com extensividade.

Resta claro, ao considerarmos os diversos obstáculos que ainda persistem no campo da saúde mental, que, com a reforma psiquiátrica, houve mudança para assistir as pessoas, podendo ser destacada como avanços em princípios e metas que visam assistir não somente os portadores de transtornos mentais, mas também diversas patologias.

Espera-se contribuir com esse material no campo da pesquisa e da Saúde, e motivar diversos profissionais de áreas afins a continuarem buscando estratégias de assistência às pessoas com Transtorno Depressivo de formas diferenciadas, favorecendo a assistência. Também a pesquisa poderá oferecer um olhar metodológico dotado de alcance teórico com poder de balizar as ações aplicadas no campo de saúde mental.

A pesquisa poderá particularizar estratégias fundamentadas no conhecimento dos problemas gerados pelos desequilíbrios na Saúde Mental dos moradores de Presidente Kennedy/ES, pelo conhecimento das causas dos Transtornos Depressivos, poderá minimizar os efeitos e dará maior dinamicidade aos profissionais na atuação da assistência. Haja vista que o campo da política nacional de saúde mental, é de fato de suma importância, não somente para o país, como também para a saúde mental global, e principalmente para o Município de Presidente Kennedy/ES.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, R. P. Depressão e uso de drogas: uma via de mão dupla. NotreDame Intermédica. **Saúde e Bem-estar**. 14 maio 2017. Disponível em: <https://www.gndi.com.br/saude/blog-da-saude/depressao-e-uso-de-drogas>. Acesso em: 5 maio 2020.
- ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Caderno de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, e00129519, p. 1-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>. Acesso em: 24 out. 2021.
- ALMEIDA, J. M. C.; XAVIER, M. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1.º Relatório. **Faculdade de Ciências Médicas**. Universidade Nova de Lisboa, 2013.
- ALVES, N. C. R. **A construção sociopolítica dos Transtornos mentais e do Comportamento Relacionado ao Trabalho**. 2015. 493 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- AMARAL, M. S.; GONÇALVES, C. H.; SERPA, M. G. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. 2, p. 484-495, 2012.
- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 14 jun. 2021.
- AOSANI, T. R.; NUNES, K. G. A saúde mental na Atenção Básica: a percepção dos profissionais de saúde. **Revista de Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 2, p. 71-80, dez. 2013.
- APÓSTOLO, J. *et al.* Depression, anxiety and stress in primary health care users. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 348-353, 2011.
- ARAGÃO, E. I. S. *et al.* Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2339-2350, 2018.
- ARAÚJO, M. R. G.; LOYOLA, M. A. **Promoção da saúde mental**. Montes Claros, MG: IFNMG / Rede e-Tec Brasil, 2014. 151 p.
- ASSUMPÇÃO, G. L. S.; OLIVEIRA, L. A.; SOUZA, M. F. S. Depressão e Suicídio: uma correlação. Pretextos. **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, [s. l.], v. 3, n. 5, jan./jun. 2018.
- BAPTISTA, M. N.; BORGES, L. Revisão integrativa de instrumentos de depressão em crianças/adolescentes e adultos na população brasileira. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v. 15, n. esp, p. 19-32, 2016.

BARBOSA, B. A.; TEIXEIRA, F. A. F. C. Perfil Epidemiológico e Psicossocial do suicídio no Brasil. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 5, e32410515097, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15097>. Acesso em: 33 out. 2021.

BARBOSA, F. O.; MACEDO, P. C. M.; SILVEIRA, R. M. C. Depressão e o suicídio. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 233-243, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a13.pdf>. Acesso em: 3 maio 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARLOW, D. H.; DURAND, V. M. **Psicopatologia: uma Abordagem Integrada**. [Tradução da 4ª ed. norte-americana]. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1780-1785, dez. 2011.

BASTOS, A. G.; TRENTINI, C. M. Psicoterapia psicodinâmica e tratamento biológico com fluoxetina: comparação de resposta cognitiva em pacientes deprimidos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 437-446, out./dez. 2013.

BENEDICTO, B. V. **Efeito do Transtorno Depressivo sobre o rendimento do trabalho no Brasil**. 2017. 52 f. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, 2017.

BERGFELD, I. O. *et al.* Deep brain stimulation of the ventral anterior limb of the internal capsule for treatment-resistant depression: A randomized clinical trial. **JAMA Psychiatry**, [s. l.], v. 73, n. 5, p. 456–64, 2016.

BEZERRA, A. L. C *et al.* Personalidade, Temperamento, Caráter e suas Fisiopatologias. **Neuropsicologia**, [s. l.], ago. 2015. Disponível em: <https://psicologado.com.br/neuropsicologia/personalidade-temperamento-carater-e-suas-fisiopatologias>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 401-410, fev. 2019.

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 2-14, jun. 2013.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 28 jun. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 48-55, 24 out. 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 25 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm. Acesso em: 17 abr. 2019.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 34, 2013. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 44, 24 maio 2016. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581. Acesso em: 17 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Hospitais universitários prestam apoio psicossocial contra o suicídio**. Brasília: MEC, 4 maio 2017a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/212-educacao-superior-1690610854/48241-hospitais-universitarios-prestam-apoio-psicossocial-contra-suicidio>. Acesso em: 30 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017b. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017b. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031. Acesso em: 20 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Sancionada Lei que cria Política de Prevenção da Automutilação e do Suicídio**. Brasília: MEC, 1 maio 2019a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/component/content/article/12-noticias/acoes-programas-e-projetos-637152388/75511-sancionada-lei-que-cria-politica-de-prevencao-da-automutilacao-e-do-suicidio?Itemid=164>. Acesso em: 22 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Governo Federal lança campanha de valorização da vida e de combate à depressão**. Brasília: MS, 17 set. 2019b. Disponível em: <https://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45805-governo-federal-lancacampanha-de-valorizacao-da-vida-e-de-combate-a-depressao>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **IBGE bate à sua porta para saber como está a sua saúde**. Brasília: MS, 21 out. 2019c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45918-ibge-bate-a-sua-porta-para-saber-como-esta-a-sua-saude>. Acesso em: 19 jan. 2020.

BRASIL. **Vício em jogos eletrônicos será classificado como doença pela OMS**. 25 de novembro de 2019. Disponível em: [Vício em jogos eletrônicos será classificado como doença pela OMS - PEBMED](#). Acesso em: 24 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. Brasília: MS, 2020. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>. Acesso em: 01 ago. 2021.

BROMET, E. *et al.* Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**, [s. l.], v. 9, n. 90, 2011. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-9-90>. Acesso em: 12 ago. 2020.

BRUM, M.; ORTIZ, J.; KANITZ, H. Como evitar ou tratar a depressão? Com exercício físico. **Veja Saúde**, 17 junho 2019. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/fitness/como-evitar-ou-tratar-a-depressao-com-exercicio/>. Acesso em: 24 jul. 2020.

CAMON, V. A. A. **Depressão e Psicossomática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2011. p. 147-177.

CAVALCANTE, D. Depressão: a dor da alma que atinge 5,8% dos brasileiros. **Folha de Pernambuco**, Recife, 2 out. 2018. Disponível em: <https://folhape.com.br/noticias/noticias/saude/2018/10/02/NWS,82949,70,613,NOTICIAS,2190-DEPRESSAO-DOR-ALMA-QUE-ATINGE-DOS-BRASILEIROS.aspx>. Acesso em: 14 jan. 2021.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2985-2994. 2013.

CAVALHEIRO, G.; TOLFO, S. R. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 16, n. 2, p. 241-249, maio/ago. 2011.

CHIAVERNI, D. H. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CHISHOLM, D. *et al.* Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. **Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 3, n. 5, p. 415-24, maio, 2016.

CINTRA, M. S.; BERNARDO, M. H. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 883-896, out./dez. 2017.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL DO COFEN. **Janeiro Branco 2020**. [S. l.], Cofen, jan. 2020. Disponível em: <http://ba.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/Janeiro-Branco.pdf>. Acesso em: 22 maio 2020.

CONCEIÇÃO, D. S. Atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas nos Centros de Atenção Psicossocial no Brasil, 2008-2012. **Epidemiologia Serviço em Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 2017206, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. PNAB: o que muda com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica? **Consensus, Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 7, n. 24, jul./ago./set. 2017. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_24.pdf. Acesso em: 14 jun. 2020.

CORREIA, S.; SANTOS, M.; SOBRAL, D. Depressão: um problema por resolver? **Revista ADSO**, [s. l.], v. 6, n. 8, p. 16-22, 2018. Disponível em: <https://revista.adso.com.pt/revadso/article/view/83>. Acesso em: 20 set. 2019.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na Atenção Básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista Escola de enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, dez. 2011.

CORYELL, W. **Tratamento farmacológico da depressão**. Manual MSD: versão para profissionais de saúde, maio, 2018. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/transtornospsiqui%C3%A1tricos/transtornos-do-humor/tratamento-farmacol%C3%B3gico-da-depress%C3%A3o>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho Educação e Saúde**, v.18, n. 3, p. 02-20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 20 out. 2021.

DAMASCENO, M. R. **Psicofármacos e sua relação com a psicoterapia psicanalítica na interface da saúde mental**. 2019. 59 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória, 2019.

DARÉ, P. K. **Análise das estratégias de cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária da saúde**. 2013. 77 f. Dissertação (Mestrado em Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na área de concentração Atenção e reabilitação psicossocial) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

DARÉ, P. K.; CAPONI, S. N. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. ECOS. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, [s. l.], v. 7, n. 1, 2017.

DATASUS. **Óbitos p/Ocorrência por Faixa Etária**, segundo Região de Saúde/Município. Período: 2019. Disponível em: TabNet Win32 3.0: Mortalidade – Espírito Santo (datasus.gov.br). Acesso em: 30 out. 2021.

DATASUS. **Óbitos por ocorrência e por Capítulo CID-10**, segundo Região de Saúde/Município. Período: 2019. Disponível em: TabNet Win32 3.0: Mortalidade – Espírito Santo (datasus.gov.br). Acesso em: 30 out. 2021.

DATASUS. **Óbitos por residência e por Capítulo CID-10**, segundo Região de Saúde/Município. Período: 2019. Disponível em: TabNet Win32 3.0: Mortalidade – Espírito Santo (datasus.gov.br). Acesso em: 30 out. 2021.

DATASUS. **Óbitos por residência e por Faixa Etária**, segundo Região de Saúde/Município. Período: 2019. Disponível em: TabNet Win32 3.0: Mortalidade – Espírito Santo (datasus.gov.br). Acesso em: 30 out. 2021.

ELIAS, J. C. Depressão, a doença do século XXI. **Conti Psicologia Clínica**, São Paulo, 30 jan. 2020. Disponível em: <https://contipsicologia.com.br/depressao-a-doenca-do-seculo-xxi/>. Acesso em: 14 set. 2020.

FIGUEIREDO, P. Na contramão da tendência mundial, taxa de suicídio aumenta 7% no Brasil em seis anos. **G1**, Ciência e Saúde, 10 set. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2019/09/10/na-contramao-da-tendencia-mundial-taxa-de-suicidio-aumenta-7percent-no-brasil-em-seis-anos.ghtml>. Acesso em: 21 set. 2019.

FRANÇA. P. **Após 20 anos, reforma psiquiátrica ainda divide opiniões**. Agência Senado, 6 abr. 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatica-ainda-divide-opinioes>. Acesso em: 20 jun. 2021.

FUNDO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DO SUL DO ESPÍRITO SANTO. Presidente Kennedy: uma cidade em constante crescimento. **G1**, Funesul Presidente Kennedy, 26 nov. 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/es/espíritosanto/especialpublicitario/fundesul/fundesulpresident-e-kennedy/noticia/2018/11/26/presidente-kenned>. Acesso em: 15 ago. 2021.

GHASEMI, M. *et al.* Mechanisms of action and clinical efficacy of NMDA receptor modulators in mood disorders. **Neurosci Biobehav Rev.**, [s. l.], v. 80, p. 555-572, 2017.

GIBBONS, R. D. *et al.* Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: Reanalysis of the randomized placebo-controlled Studies of fluoxetine and venlafaxine. **Arch Gen Psychiatry**, [s. l.], v. 69, n. 6, p. 580-587, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIMENES JUNIOR, L. Características da mente sadia. **Psicanálise Clínica**, Campinas, 16 ago. 2017. Disponível em: <https://www.psicanaliseclinica.com/mente-sadia-caracteristicas/>. Acesso em: 20 maio 2020.

GIOVANELLA, L. Atenção Básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018.

GOMES, A. M. A. Um olhar sobre a depressão e religião numa perspectiva compreensiva. **Estudos de religião**, [s. l.], v. 25, n. 40, p. 81-109, 2011.

GONÇALVES, A. M. C. *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s. l.], v. 67, n. 2, p. 101-109, 2017.

GONÇALVES, L. R. C.; GONÇALVES, E.; OLIVEIRA JÚNIOR, L. B. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Economia e Sociedade Brasileiras**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 281-316, ago. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-63512011000200005>. Acesso em: 20 ago. 2021.

GONTIJO, J. Sentimentos e pensamentos negativos podem levar o corpo a adoecer. **Saúde Plena**, [s. l.], 06 maio 2019. Disponível em: <https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2019/05/06/noticiassaude,245437/sentimentos-e-pensamentos-negativos-podem-levar-o-corpo-a-adoecer.shtml>. Acesso em: 21 maio 2020.

GRACIOLI, J. Brasil vive surtos de depressão e ansiedade. **Jornal da USP**, São Paulo, 23 ago. 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/brasil-vive-surto-de-depressao-e-ansiedade/>. Acesso em: 24 jun. 2021.

GRYSCHKE, G.; PINTO, A. A. M. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 3255-3262, 2015.

GUARDABASSI, A. Até 2020, depressão será doença mais incapacitante do mundo. **Destak Jornal**, [s. l.], abr. 2018. Disponível em: <https://www.destakjornal.com.br/saude/detalhe/ate-2020-depressao-sera-doenca-mais-incapacitante-do-mundo>. Acesso em: 14 set. /2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo – amostra de nupcialidade**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/pesquisa/23/22714?detalhes=true&localidade1=320430>. Acesso em: 18 mar. 2021.

JANE-LLOPIS, E. *et al.* Reducing the silent burden of impaired mental health. **J Health Commun**, [s. l.], v.16, suppl. 2, p. 59-74, ago. 2011.

KAIKAL, P. A. Existem tipos de depressão; conheça os 8 mais comuns e seus sintomas. **UOL**, Viva Bem, 3 out. 2018. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2018/10/03/tipos-de-depressao-sintomas-e-como-identificar.htm>. Acesso em: 13 jul. 2020.

HELENA, E.; LASAGNO, B. G. S.; VIEIRA, R. Prevalência de transtornos mentais não psicóticos e fatores associados em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família em Blumenau, Santa Catarina. **Revista Brasileira Medicina Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 42-47, 2010.

LEITE, M. A. **Depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em idosos portadores de HIV/Aids**. 2016. 93 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças, São Paulo, 2016.

LIMA, A. P. O modelo estrutural de Freud e o cérebro: uma proposta de integração entre a psicanálise e a neurofisiologia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 270-277, 2010.

LOPEZ, M. *et al.* Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos, Pelotas-RS. **Revista de Psiquiatria**, Rio Grande do Sul, v. 33, n. 2, p. 103-8, 2011.

MACHADO, L. O. **Saúde Mental na Atenção Básica: compreendendo uma história**. 2015. 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde) – Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2015.

MARCONI, E. V. N. Depressão infantil: uma revisão bibliográfica. **Portal dos psicólogos**, [s. l.], p. 1-16, jun. 2017. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1091.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. Ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MARINHO, A. M. *et al.* Reflexões acerca da reforma psiquiátrica e a (re)construção de políticas públicas. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 141-147, 2011. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v15n1a19.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2021.

MARQUES, N. N. C. **Depressão em adolescentes e suas consequências: uma revisão bibliográfica**. 2014. Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES, Brasília, 2014.

MARTINS, E. Coleta de dados: o que é, metodologias e procedimentos 05 de junho de 2019. Disponível em: Coleta de dados: o que é, metodologias e procedimentos (mettzer.com). Acesso em: 20 set. 2021.

MATEUS, M. D. (org.). **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400 p.

MATOS, L. Pensamento negativo deixa o corpo mais vulnerável às doenças. **O tempo**, [s. l.], 9 maio 2016. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/interessa/pensamento-negativo-deixa-o-corpo-mais-vulneravel-as-doencas-1.1295552>. Acesso em: 19 maio 2020.

MEDEIROS, H. L. V.; SOUGEY, E. V. Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 28-33, 2010.

MOLINA, M. R. A. L. *et al.* Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012.

MONTIEL, J. M. *et al.* Pensamentos negativos automáticos em pacientes com transtorno do pânico. **Liberabit. Lima**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 239-249, jul./dez. 2014.

MOTTA, C. C. L.; MOREÍ, C. L. O. O.; NUNES, C. H. S. S. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 911-920, 2017.

MSM-5. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. Disponível em: <https://www.tdahmente.com/wpcontent/uploads/2018/08/ManualDiagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

MSM-5. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais**. American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento *et al.*; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli [*et al.*]. 5. ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais – DSM-5 (niip.com.br). Acesso em: 19 dez. 2020.

NEPOMUCENO, L. B.; BRANDÃO, I. R. Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: caminhos percorridos e desafios a superar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 4, p. 762-777, 2011.

NEVES, J.; MACHADO, K. Atenção primária à saúde terá novo modelo de financiamento. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1 nov. 2019. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-saude-teranovo-modelo-de-financiamento>. Acesso em: 20 jan. 2021.

NEVES, Ú. Pensamento positivo é benéfico quando usado da forma certa; entenda. **UOL**, Viva Bem, 17 jun. 2020. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2020/06/17/pensamento-positivo-se-torna-benefico-quando-usado-da-forma-certa-entenda.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 14 jul. 2020.

NICOLETTI, L. Depressão – como tratar o mal do século que assombra a nossa geração. **Fala! Universidades**, 5 set. 2017. Disponível em: <https://falauniversidades.com.br/tratamento-depressao-mal-seculo/>. Acesso em: 14 jul. 2020.

NÓBREGA, M. P. S. S. *et al.* Tecendo a Rede de Atenção Psicossocial Oeste do Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70 n. 5, p. 1016-1026, set./out. 2017.

NOGUEIRA, M. J. C. **Saúde mental em estudantes do ensino superior: fatores protetores e fatores de vulnerabilidade**. 2017. 268 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2017.

OLIVEIRA, L. A.; OLIVEIRA, V. C. Os Transtornos Depressivos: um olhar sobre a reestruturação dos cuidados em saúde mental. **Revista Psicologia Saúde e Debate**, [s. l.], v. 4, n. 3, p. 96-109, dez, 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa: depressão**. Brasília: OPAS Brasil, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Acesso em: 30 maio 2020.

PAN, Y. J.; KNAPP, M.; MCCRONE, P. Cost-effectiveness comparisons between antidepressant treatments in depression: evidence from database analyses and prospective studies. **J Affect Disord.**, [s. l.], v. 139, n. 2, p. 113-25, jul. 2012.

PEREIRA, M. B. M.; AZEVEDO, J. M. Depressão e angústia: modos de expressão na contemporaneidade. **Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 198-216, jan./jun. 2017.

PINHO, V. D. (ed.). MOSTRA DE TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL, 10., 2012, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos** [...]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: https://atc-rio.org.br/wp-content/uploads/2017/06/decima_anais1.pdf. Acesso em: 21 jul. 2020.

PINO, R. B. **Alta prevalência de depressão na população adscrita da equipe de saúde da família vanguarda do Município de Fruta de Leite/MG**. 2016. 27 f. Monografia (Especialização em Estratégia Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Montes Claros, Minas Gerais, 2016.

PRESIDENTE KENNEDY. **Kennedy – Presidente Kennedy/ES: Município realiza 1º Fórum de Prevenção ao Suicídio**. Portal Maratimba, 15 set. 2021. Disponível em: <https://portalmaratimba.com.br/kennedy-presidente-kennedy-es-municipio-realiza-1o-forum-de-prevencao-ao-suicidio/>. Acesso em: 20 out. 2021.

PRESIDENTE KENNEDY. Kennedy Saúde. **Prefeitura de Presidente Kennedy promove campanha contra o suicídio na campanha setembro amarelo**. Presidente Kennedy: PMPK, 14 set. 2017. Disponível em: <https://www.PresidenteKennedy.es.gov.br/noticia/ler/1771/prefeitura-promove-acao-contra-o-suicidio-na-campanha-setembro-amarelo>. Acesso em: 23 dez. 2019.

PRESIDENTE KENNEDY. Secretaria Municipal de Saúde. Fundo Municipal de Saúde. Exercício 2018/2021. **Plano Municipal de Saúde: a saúde que eu quero começa por mim!** Presidente Kennedy: SMS, 2017. Disponível em: https://www.presidentekennedy.es.gov.br/uploads/filemanager/PLANO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE_2018%20A%202021_OFICIAL_APROVADO%20PELA%20RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%2009.2017%20DO%20CONSELHO%20MUNICIPAL%20DE%20SA%C3%9ADE.pdf. Acesso em: 28 ago. 2021.

QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

RAZZOUK, D. Capital mental, custos indiretos e saúde mental. In: RAZZOUK, D.; LIMA, M.; QUIRINO, C. (ed.). **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2016. p. 61-70.

ROTOLI, A. *et al.* Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 1-9, mar. 2019.

SÁ, H. P. **Transtorno Depressivo Maior (TDM) com e sem Sintomas Psicóticos: Investigação Neuroquímica por Espectroscopia de Próton**. 2011. 141 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, 2011.

SANTOS, B. E. R.; PANHOCA, I.; ORTIZ, B. B. A perspectiva da sociedade acerca da depressão. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE DE MOGI DAS CRUZES, 20., 2017, Mogi das Cruzes. **Anais eletrônicos [...]**. Mogi das Cruzes: Universidade de Mogi das Cruzes, 2017. Disponível em: http://www.umc.br/_img/_diversos/pesquisa/pibic_pvic/XX_congresso/artigos/Beatriz_Eliza_Rocha_dos_Santos.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

SARTI, A. G.; JACABUCCI, P. G. Ocorrências clínicas associadas a síndrome depressiva em usuários de unidade de atenção primária. **Ensaio UFS**, [s. l.], v. 2, n. 1, 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Diretrizes Clínicas em Saúde Mental**. Vitória – ES: SESA, 2018. 265 p. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SILVA, A. C. S.; SILVA, M. F. S.; SIMÕES, R. R. **As interfaces entre depressão e psicanálise**. [S. l.]: UNIP, mar. 2013. Disponível em: <https://psicologado.com.br/abordagens/psicanalise/as-interfaces-entre-depressao-e-psicanalise>. Acesso em: 14 jun. 2020.

SILVA, A. M. P. **A importância do CAPS na consolidação do novo modelo de saúde mental Brasileiro**. 2010. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SILVA, C. R. O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa**: guia prático. Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.

SILVESTRE, R. L. S.; VANDENBERGHE, L. Os benefícios das emoções positivas. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 51-57, jun. 2013.

SOARES, D. Q. F. **Nietzsche e a autossuperação da filosofia da vontade**: uma interpretação sobre o papel da recepção de Schopenhauer no percurso da obra nietzschiana. 2015. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SOARES, G. B.; CAPONI, S. Depression in focus: a study of the media discourse in the process of medicalization of life. **Interface – Comunicação Saúde, Educação**, [s. l.], v. 15, n. 37, p. 437-446, abr./jun. 2011.

SOUZA, Â. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 105-114, 2010.

SOUZA, A. M. A.; FRAGA, M.N. O. Grupo: Breve história. In: SOUZA, A. M. A. (org.). **Coordenação de grupos**: Teoria, Prática e Pesquisa. Fortaleza: Expressão Gráfica, 2011. p. 49-67.

TENORIO, G. Depressão: sintomas, diagnóstico, prevenção e tratamento. **Veja & Saúde**, [s. l.], 29 abr. 2017. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/depressao-sintomas-diagnostico-prevencao-e-tratamento/>. Acesso em: 20 maio 2020.

TEODORO, W. L. G. **Depressão**: corpo, mente e alma. 3. ed. Uberlândia – MG: [s. n.], 2010. 240 p.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS. **Depressão**: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção. Brasília: TJDF, 2019. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/programas-projetos-e-acoas/pro-vida/dicas-de-saude/pilulas-de-saude/depressao-causas-sintomas-tratamentos-diagnostico-e-prevencao>. Acesso em: 20 maio 2020.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Editora Atlas, 1987.

VANNUCCHI, A. M. C. **Modalidades tecnoassistenciais e atuação do Médico Psiquiatra no campo da Atenção Primária à Saúde, no contexto atual do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2011. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo São Paulo, São Paulo, 2011.

VARELA, Y. M. **A terapia cognitivo-comportamental em grupo no tratamento do Transtorno Depressivo maior**. 2019. 81 f. Dissertação (Mestrado em Psicobiologia) – Centro de Biociências, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2019.

VECCHIA, M.D. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico políticos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. 127 p.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde doença Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 4, p. 175-186, dez 2018.

VIEIRA, K. F. L.; SARAIVA, E.R. A.; COUTINHO, M. P. L. Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos. **Psico**, [s. l.], v. 41, n. 2, p. 176-183, abr./jun. 2010.

WENCESLAU, L. D.; ORTEGA, F. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, dez. 2015.

WHITEFORD, H. A.; BAXTER, A. J. The global burden of disease 2010 study: what does it tell us about mental disorders in Latin America? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. 111-2, abr./jun, 2013.

YANO, L. P. A clínica em gestalt-terapia: a gestalt dos atendimentos nos transtornos depressivos. **Revista NUFEN**, Belém, v. 7, n. 1, pp. 67-85, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v7n1/a05.pdf>. Acesso em: 28 maio 2021.

ZANON, C.; HUTZ, C. S. Estilos de pensamento, personalidade e bem-estar subjetivo: avanços e polêmicas. **Aletheia**, Canoas, n. 32, p. 80-91, maio/ago. 2010.

APÊNDICE**APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL DO PLANO MUNICIPAL
DE SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY-ES****1 – IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO**

1.1 Tipo de documento	
1.2 Acessibilidade	
1.3 Local e Data	
1.4 Localização	
1.5 Referência	
1.6 Conteúdo	
1.7 Diretrizes	